

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Институт *Наименование института*
Кафедра «*Наименование кафедры*»

Утверждено на заседании кафедры
«*Наименование кафедры*»
« 27 » января 2021 г., протокол № 6 _____

Заведующий кафедрой

 _____ *В.А. Марийко*

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению практических (семинарских) занятий
по специальности (модулю)
«Хирургия»

основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы *специалитета*)

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

Форма обучения: *очная*

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 год

Разработчик(и) методических указаний

Марийко В.А., д.м.н., доцент, зав. кафедрой ХБ

В.А. Марийко (подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

Рецензия.....	4
Предисловие.....	5
ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА.....	7
Общие вопросы.....	7
Организация и контроль учебной работы.....	8
Практическая подготовка.....	8
Теоретическая подготовка.....	10
ТЕМЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ.....	17
Место терапевта и хирурга в лечении язвенной болезни.....	17
Пилородуоденальный стеноз.....	35
Хронический панкреатит.....	52
Механическая желтуха.....	66
Постхолецистэктомический синдром.....	83
Значение внутриспросветных эндоскопических методов исследования при хирургических заболеваниях органов брюшной полости.....	99
Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы...129	
Геморрой.....	141
Острый и хронический парапроктит.....	152

РЕЦЕНЗИЯ

Программа обучения студентов хирургическим дисциплинам на V и VI курсе, построена по принципу преемственности и интеграции с другими кафедрами. В ходе обучения на V курсе подробно разбирается клиническая картина, современные методы диагностики, особое внимание уделяется вопросам тактики ведения больных при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях. Основной частью педагогического процесса на V курсе в ходе цикла "госпитальная хирургия" прежде всего, является практическая подготовка студентов. Для осуществления этой задачи студенты в течение 3-х недель ведут 2-3 пациента с основными хирургическими нозологиями, активно участвуют в диагностических процедурах и лечебных манипуляциях. Не менее значимым моментом в практической подготовке студентов является присутствие их на хирургических конференциях. Спецификой теоретической подготовки студентов на V и VI курсах является синдромальный подход к изучению заболеваний, разбор больных с акцентом на дифференциальную диагностику. Особое внимание уделено правилам ведения медицинской документации. Весь материал изложен авторами с учетом современных концепций в педагогике и медицине.

П.Г. Бронштейн
Кафедра хирургических болезней № 1,
д.м.н., профессор

ПРЕДИСЛОВИЕ

Методические рекомендации по курсу "Госпитальная хирургия" предназначены для студентов старших курсов.

В результате тщательного отбора в них вошли наиболее актуальные и сложные темы, связанные с экстренной и плановой хирургией.

Важным является акцент на деонтологические аспекты общения с пациентом, что приобретает особое значение при осмотре больного группой студентов.

Обращает на себя внимание выделенный в каждом семинарском занятии раздел "Вопросы для подготовки к занятию", в котором сформулированы основные темы теоретической части семинара. Конкретизация домашнего задания позволяет более рационально проводить семинарские занятия в практической и теоретической его части.

Каждая тема снабжена кратким конспектом, позволяющим систематизировать знания студентов по изучаемому вопросу. Присутствие этого раздела особенно необходимо, так как изучаемые темы достаточно широки по охвату предлагаемого материала. Использование предлагаемого конспекта не заменяет необходимости работы с учебником и дополнительной литературой, но акцентирует внимание на наиболее сложных и принципиальных позициях. Содержание представленного материала современно, отражает высокий уровень работы коллектива клиники и мировой науки в изучаемых областях хирургии.

Каждый семинар завершается рядом контрольных вопросов 3-го уровня. Последние охватывают весь спектр изучаемого раздела и позволяют полно ценно оценить работу студента.

Мы надеемся, что методические рекомендации будут полезны для студентов V курса при освоении предмета "Госпитальная хирургия".

В.А. Марийко

Зав. кафедрой хирургических болезней № 2, д.м.н.,
профессор

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Общие вопросы

Настоящие методические материалы являются определяющими установками по организации методического процесса на курсе. Студенты V курса дневного отделения продолжают изучение хирургических болезней согласно рабочему плану кафедры хирургических болезней №2 университета.

Целью обучения студентов является дальнейшее формирование клинического мышления путем овладения практическими навыками в самостоятельной курации больных, ведении и медицинской документации, составлении и диагностической программы, интерпретации результатов специальных методов обследования и решении вопросов хирургической тактики. Обучение студентов проводится с развитием навыков самостоятельной работы врача по диагностике и лечению наиболее распространенных хирургических заболеваний.

В процесс изучения хирургических заболеваний заложен принцип преемственности в выборе тем семинарских занятий и лекционного курса с учетом предыдущего обучения на кафедрах университета.

Организация и контроль учебной работы

Общеорганизационные вопросы

Ежедневные занятия состоят из практической работы студентов с больными, лекций и теоретических семинаров. Ограниченное количество учебных часов диктует необходимость разбора наиболее важных с практической точки зрения нозологий, относящихся к хирургическим заболеваниям органов брюшной полости.

Указанные обстоятельства требуют четкой организации педагогического процесса, хорошо организованной курации больных, обсуждения теоретических вопросов по разбираемым темам и обеспечения самостоятельной работы студентов с литературой.

Контроль теоретической и практической подготовки студентов осуществляется ежедневно в ходе текущего занятия, компьютерного тестирования, а также зачетного занятия в конце цикла.

Практическая подготовка

За период обучения студенты овладевают практическими навыками написания учебной истории болезни, курации и микрокурации больных, навыками построения клинического диагноза и диагностической программы, участвуют в проведении специальных методов исследования у курируемых больных, учатся интерпретировать результаты специальных исследований, познают принципы лечебной и хирургической тактики.

Ниже перечислены обязательные для освоения диагностические и лечебные навыки.

Навыки по ведению медицинской документации

1. Написание истории болезни хирургического больного. Особенности заполнения истории болезни при острых хирургических заболеваниях.
2. Правильное оформление хирургического диагноза: основное заболевание, его осложнения, сопутствующая патология.
3. Оформление эпикриза (при выписке, направлении истории болезни на секцию).

Диагностические навыки

1. Физикальное обследование хирургических больных: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное и вагинальное исследования. Особенности физикального обследования больных с хроническими и острыми заболеваниями органов брюшной полости.
2. Подготовка больных к специальным методам обследования.
3. Составление диагностической программы хирургических больных.

4. Интерпретация результатов рентгенологических и эндоскопических методов исследования, сонографии, исследования желудочной секреции и моторной функции желудочно-кишечного тракта у курируемых больных.

Лечебные навыки

1. Составление плана лечения больных с наиболее распространенными заболеваниями органов брюшной полости

2. Формирование хирургической тактики при urgentных и хронических заболеваниях органов брюшной полости — показания к оперативному лечению, сроки операции, выбор метода оперативного вмешательства.

3. Знание организационных принципов диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Лечебная тактика, показания к хирургическому лечению.

Теоретическая подготовка

Важным моментом теоретической и практической подготовки студентов является навык по работе с медицинской документацией. В связи с этим студенты заканчивают обучение на цикле «Госпитальная хирургия» написанием академической истории болезни.

План оформления учебной истории болезни хирургического больного

На *первой* странице отмечается:

- Ф. И. О. пациента.
- Возраст.
- Адрес.
- Выполняемая работа или должность.
- Дата поступления.
- Клинический диагноз.
- Дата курации.
- Фамилия студента, № группы.

- Фамилия преподавателя.

На *второй* странице:

Жалобы:

Отмечаются жалобы больного, предъявляемые на момент курации, относящиеся как к основному, так и к сопутствующим заболеваниям.

История настоящего заболевания:

1) Для *экстренного* больного необходимо последовательно описать начало остро возникшего данного заболевания:

- Дата, часы начала заболевания.
- Детально описать проявление и динамику заболевания.
- Предшествующее самостоятельное лечение, а также обращение за медицинской помощью (характер и эффективность лечебных мероприятий на догоспитальном этапе).
- Течение заболевания (хронического) до настоящего обострения.

2) Для *планового* больного течение заболевания описывается в динамической последовательности.

При длительном анамнезе целесообразно выделить:

- периоды заболевания, предшествующие госпитализации;
- оперативные вмешательства, их результаты и пр.

3) В случае курации уже оперированного больного в истории настоящего заболевания отмечается дата, объем оперативного вмешательства, характер предоперационной подготовки, особенности предоперационного периода.

4) Описание динамики заболевания от момента госпитализации до дня курации.

История жизни:

- Краткие биографические данные.
- Трудовой анамнез (профессия, производственные вредности).
- Бытовой анамнез (условия жизни, питания).
- Гинекологический анамнез.
- Вредные привычки (курение, употребление алкоголя).
- Перенесенные заболевания, операции (с указанием даты).

- Аллергоанамнез.

Настоящее состояние:

- Общее состояние: конституционный тип. Рост. Вес.
- Кожные покровы, подкожно-жировой слой.
- Лимфатическая система: лимфоузлы, их наличие, подвижность и т.д.
- Костно-суставной аппарат, мышцы.
- Органы дыхания: данные осмотра грудной клетки, перкуссия легких, аускультация.
- Сердечно-сосудистая система: осмотр периферических сосудов, данные перкуссии сердца, аускультации. Пульс. АД.
- Мочеполовая система: поясничная область, пальпация почек. Симптом Пастернацкого.
- Нервно-психическое состояние: органы чувств, нарушение сна, памяти, изменения со стороны черепно-мозговых нервов, сухожильные рефлексy.

Хирургический статус:

1. Осмотр.
2. Аускультация.
3. Перкуссия.
4. Пальпация.
5. Специальные симптомы.
6. Вагинальное исследование.
7. Ректальное исследование.

Предварительный диагноз

Сформулировать диагноз (предварительный диагноз) основного и сопутствующих заболеваний (на день курации). Формирование предварительного диагноза основывается на жалобах, данных анамнеза и физикального обследования.

План обследования

1. Для экстренного больного — план обследования в остром периоде.

2 . Для планового больного — план обследования или дообследования.

Результаты специальных методов исследования и лабораторные данные

- 1 . Лабораторные данные.
- 2 . Рентгенологические данные.
- 3 . Эндоскопические данные.
- 4 . Другие методы обследования.

Консультации специалистов

- Терапевта.
- Гинеколога.
- Анестезиолога.
- Другие — по показаниям.

Клинический диагноз

Формулируется на основании специальных методов обследования с учетом клинических данных.

Хирургическая тактика

Необходимо описать тактику лечения основного заболевания:

- 1 . Показания к оперативному вмешательству.
- 2 . Сроки оперативного вмешательства.
- 3 . Объем предоперационной подготовки.
- 4 . Выбор метода операции.

В заключение обосновать тактику лечения курируемого больного, исходя из характера основной и сопутствующей патологии и данных обследования до операции.

Дневники

В дневнике отмечаются:

- Дата.
- Жалобы.
- Общее состояние больного.
- Температура.

- Динамика хирургического и общего статуса.
- Эффективность консервативного лечения.
- Обоснование основных лечебных мероприятий.
- Перевязки.
- Назначения:
 - 1 . Режим.
 - 2 . Стол.
 - 3 . Лечебные назначения.
 - 4 . Подготовка к очередному обследованию или к операции.

1. Ф. И. О., возраст.
2. Краткие, необходимые только для обоснования диагноза сведения из анамнеза, хирургического статуса, а также лабораторных и инструментальных методов обследования.
3. Диагноз (развернутая формулировка). Сопутствующие заболевания.
4. Показания к операции.
5. Обоснование предполагаемого оперативного вмешательства, обезболивания.
6. Предоперационная подготовка.
7. Согласие больного на операцию.
8. Группа крови, резус и келл-фактор, операционно-анестезиологический риск.

1. Обезболивание.
2. Доступ.
3. Ревизия.
4. Операционный диагноз.
5. План операции.
6. Ход операции.
7. Описание препарата.

Эпикриз (этапный эпикриз для больных, не выписанных из стационара к концу курации).

1. Ф. И. О., возраст.
2. Краткий анамнез заболевания и клиническая картина при поступлении.
3. Данные лабораторных и инструментальных методов обследования.
4. Клинический диагноз.
5. Проведенное лечение (консервативное лечение, оперативное вмешательство — показания и характер операции, течение послеоперационного периода, гистологические данные).
6. Данные послеоперационного обследования (клинико-лабораторные и рентгенологические).
7. Рекомендации: лечебные, трудовые.
8. Прогноз.

ТЕМЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

МЕСТО ТЕРАПЕВТА И ХИРУРГА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Клиническая значимость изучаемой темы

На сегодняшний день в нашей стране заболеваемость язвенной болезнью не имеет отчетливой тенденции к снижению, а число ее осложненных форм возросло в 90-е годы прошлого столетия. Ситуация обусловлена не только объективными социально-экономическими факторами, но и недостаточно активной позицией хирургов в своевременном лечении данной категории больных. Последнее десятилетие характеризуется снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в два раза и в то же время ростом числа экстренных операций по поводу уже развившихся осложнений. Для успешного лечения различных клинических форм язвенной болезни нужны совместные усилия хирургов и терапевтов. В последние годы появляются новые поколения лекарственных препаратов, успешно излечивающих язвенную болезнь (антисекреторные, антихеликобактерные, прокинетики). Показания к плановому оперативному лечению больных язвенной болезнью должны основываться, помимо клинических данных, на тщательно проведенном специальном обследовании. Все пациенты, оперированные по поводу язвенной болезни, должны находиться под диспансерным наблюдением гастроэнтеролога. При этом в ряде случаев антисекреторная и эрадикационная терапия хеликобактера может улучшить отдаленные результаты лечения.

Вопросы для подготовки к занятию

- Клиническая патофизиологии и патоморфология язвенной болезни.

- Определение и современная классификация язвенной болезни.
- Методы обследования больных язвенной болезнью.
- Вопросы современного консервативного лечения язвенной болезни.
- Вопросы современного хирургического лечения язвенной болезни.

Особенности курации больных язвенной болезнью

Уделяется особое внимание т.н. «язвенному анамнезу». Уточняется длительность течения заболевания, частота и характер обострений. Анализируется предшествующее лечение язвенной болезни (состав терапии, продолжительность, оценка эффективности антисекреторной и антихеликобактерной терапии). Особое значение следует придать предшествующим операциям на желудке, если таковые уже были, а также различным осложнениям заболевания (перенесенное ушивание перфоративной язвы, кровотечения). Изучаются результаты обследования больных (состояние слизистой органов и самой язвы, в том числе ее морфологические характеристики, моторно-эвакуаторные показатели желудка и двенадцатиперстной кишки и их физиологических сфинктеров, кислотопродукция и степень хеликобактерной инвазии). В ряде случаев необходимо тщательное изучение гормонального фона и дополнительные исследования с целью выявления расположения нейроэндокринных опухолей, являющихся причиной язвообразования.

Курация больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Курактор докладывает жалобы и данные анамнеза заболевания, делая акцент на длительности и упорстве течения, частоте обострений, эффективности терапии, изменениях клинических проявлений язвенной болезни. Детально обсуждаются данные объективного обследования больного. Один из участников семинара формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования больного, обсуждая показания, принципы проведения и результаты рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастным веществом, гастродуоденоскопии, манометрии, исследования секреторной активности желудка современными методами, проведение «зондовых проб» и т.д. Должны быть получены строгие клинические и лабораторно-инструментальные доказательства бесперспективности дальнейшего

консервативного лечения в связи с реальной угрозой развития различных осложнений. Обсуждается вопрос выбора метода оперативного вмешательства у курируемого больного с учетом данных проведенных специальных методов обследования. Один из студентов обосновывает план ведения больного в послеоперационном периоде.

Курация больного язвенной болезнью желудка. Куратор докладывает жалобы и данные анамнеза заболевания, делая акцент на длительности и упорстве течения, частоте обострений, эффективности терапии, изменениях клинических проявлений язвенной болезни. Обсуждаются данные объективного обследования и полученных результатов исследований. Уделяется особое внимание локализации язвенного дефекта (кардиальная, медиогастральная, препилорическая, язва большой кривизны желудка), морфологическим характеристикам с учетом дисплазии и метаплазии, особенностям секреторного фона и т.д. Куратором приводятся строгие клинические и лабораторно-инструментальные доказательства бесперспективности дальнейшего консервативного лечения в связи с реальной угрозой малигнизации или появления опасных осложнений заболевания. Обсуждается вопрос выбора метода оперативного вмешательства, а также обосновывается план послеоперационного ведения.

Теоретические вопросы по теме семинара

Классификация

Общепринятой классификации язвенной болезни не существует.

С точки зрения *нозологической* обособленности различают:

- язвенную болезнь,
- симптоматические гастродуоденальные язвы,
- язвенную болезнь, ассоциированную и не ассоциированную с НР.

В зависимости от *локализации* выделяют:

- язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала),
- язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы и постбульбарного отдела),
- сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Следует учитывать *топическую локализацию*:

- на малой или большой кривизне,
- на передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки.

По числу язвенных поражений различают: одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта — язвы малых (до 0,5 см в диаметре), средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

В диагнозе отмечается стадия течения заболевания: обострения, рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также наличие рубцово-язвенной деформации желудка и двенадцатиперстной кишки.

При формулировке диагноза язвенной болезни указываются осложнения заболевания (в том числе и анамнестические), а также перенесенные по поводу язвенной болезни операции.

Методы обследования (базисные):

- рентгенологическое исследование желудка с оценкой его эвакуаторной функции,
- гастродуоденоскопия,
- исследование секреторной функции желудка,
- исследование на наличие *H. Pylori*,
- биопсия с морфологическим исследованием.

Вопросы дифференциальной диагностики

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенез которых связан с определенными фоновыми заболеваниями или же конкретными этиологическими факторами (медикаментозные). Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением, протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности). Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона отличаются от обычной язвенной болезни крайне

тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными поносами. При обследовании таких больных отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3–4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном и др.), ультразвуковое исследование поджелудочной железы. Гастродуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения, с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании изучения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств. При обнаружении язвенных поражений в желудке необходимо обязательно проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. В пользу злокачественного характера поражения говорят его очень большие размеры (особенно у больных молодого возраста), локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, наличие гистаминустойчивой ахлогидрии. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений желудка выявляют неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления. Большую помощь в оценке характера поражения стенки желудка в месте изъязвления, а также состояния региональных лимфатических узлов может дать эндоскопическая ультрасонография. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложноотрицательных результатов биопсию следует проводить повторно, вплоть до полного заживления язвы, с взятием при каждом исследовании не менее 3–4 кусочков ткани.

Протокол фармакотерапии обострений язвенной болезни

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки рубцуются почти во всех случаях, если в течение суток удастся поддерживать уровень внутрижелудочного pH > 3 около 18 часов. Как известно, указанному правилу отвечают лишь блокаторы протонного насоса. Протокол фармакотерапии предусматривает назначение выбранного препарата в определенной дозе: париета (рабепразола) — в дозе 20 мг в сутки, омепразола — в дозе 40 мг в сутки, лансопразола — 30 мг в сутки, пантопразола — 40 мг в сутки. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с двухнедельным интервалом (т.е. через 2, 4, 6, 8 недель).

Важным моментом в современной фармакотерапии язвенной болезни является отсутствие принципиальных различий в подходах к лечению язв желудка и язв двенадцатиперстной кишки. Длительное время считалось, что язвы двенадцатиперстной кишки требуют назначения антисекреторных препаратов, а язвы желудка — препаратов, стимулирующих процессы регенерации. Сейчас уже считается общепризнанным, что после подтверждения доброкачественного характера язв желудка лечение этих больных проводится точно так же, как и лечение больных с дуоденальными язвами. Единственное различие заключается в продолжительности курса фармакотерапии. Учитывая, что язвы желудка рубцуются медленнее, чем дуоденальные, контроль рубцевания язв желудка проводится не через 4 и 6 недель, как при язвах двенадцатиперстной кишки, а соответственно через 6 и 8 недель после начала приема препаратов.

Протокол поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни. «Ахиллесовой пятой» консервативного лечения язвенной болезни является высокая частота рецидивов язв после прекращения курсового лечения обострения заболевания, которая составляет в среднем 70% в течение первого года после достижения рубцевания язвы. Этот факт послужил основанием для разработки схем поддерживающей фармакотерапии, назначаемых больным после окончания курсового лечения.

Накоплен большой опыт применения с целью противорецидивной терапии ежедневных поддерживающих (половинных) доз блокаторов протонного насоса, которые снижают частоту возникновения рецидивов язвенной болезни в течение года до 15%. Позже на смену постоянному поддерживающему приему блокаторов протонного насоса пришли схемы прерывистой поддерживающей фармакотерапии. К ним относятся «поддерживающее самолечение» (yourself treatment) или терапия «по

требованию» (on demand), когда больные сами определяют необходимость приема препаратов исходя из своего самочувствия, и так называемая «терапия выходного дня» (weekend treatment), когда больной остается без лечения с понедельника до четверга и принимает антисекреторные препараты с пятницы по воскресенье включительно. Эффективность поддерживающей прерывистой фармакотерапии уступает таковой при ежедневном приеме препаратов; частота обострений язвенной болезни на ее фоне составляет 30–35%. В настоящее время, когда краеугольным камнем противорецидивного лечения язвенной болезни признано проведение эрадикационной антигеликобактерной терапии, показания к поддерживающей фармакотерапии антисекреторными препаратами значительно сузились. Она считается необходимой у больных, которых язвенная болезнь протекает без обсеменения слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (такowymi являются 15–20% больных с язвами желудка и около 5% пациентов с дуоденальными язвами), у больных, у которых по меньшей мере 2 попытки антигеликобактерного лечения оказались неудачными, а также у пациентов с осложненным течением заболевания (в частности, при наличии в анамнезе перфорации язв).

Фармакотерапия геликобактерной инфекции. По современным представлениям курс эрадикационной терапии следует проводить у каждого больного язвенной болезни вне зависимости от стадии течения заболевания (обострения или ремиссии), если у него обнаруживается пилорический геликобактер в слизистой оболочке желудка. Однако на практике в подавляющем большинстве случаев эрадикация осуществляется в период обострения язвенной болезни. В настоящее время рекомендована тройная схема первой линии, содержащая ингибиторы протонной помпы (или ранитидин висмут цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин (в дозе 500 мг 2 раза в день) + амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в день) или метронидазол (в дозе 500 2 раза в день). Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль ее эффективности, который проводится через 4–6 недель после ее окончания (в этот период больной не принимает никаких антибактериальных препаратов). «Золотым стандартом» диагностики на данном этапе становится дыхательный тест, однако при его отсутствии можно воспользоваться морфологическим методом диагностики. При сохранении НР в слизистой оболочке желудка показано проведение повторного курса

Место терапевта и хирурга в лечении язвенной болезни

эрадикационной терапии с применением терапии второй линии с последующим контролем его эффективности также через 4–6 недель.

1-я схема

Блокаторы протонного насоса 2 раза в день+	Метронидазол 250 мг × 4 (или тинидазол 500 мг × 2 раза)+	Кларитромицин 250 мг × 2раза
--	---	---------------------------------

2-я схема

Блокаторы протонного насоса 2 раза в день+	Амоксициллин 1000 мг × 2 раза +	Кларитромицин 500 мг × 2раза
--	------------------------------------	---------------------------------

3-я схема

Блокаторы протонного насоса 2 раза в день+	Амоксициллин 500 мг × 3 раза +	Метронидазол 250 мг × 4раза
--	-----------------------------------	--------------------------------

Схема квадротерапии 2-й линии

Блокаторы протонного насоса 2 раза в день +	Препараты висмута (например, дебол 120 мг × 4 раза в день) +	Тетрациклин 500 мг × 4 раза в день +	Метронидазол 250 мг × 4раза
--	---	--	--------------------------------

Минимальная продолжительность тройных схем и схемы квадротерапии составляет 7 дней. В случаях отсутствия эффекта при проведении второго курса последующая тактика лечения решается индивидуально в каждом конкретном случае.

Тактика лечения при неэффективности консервативной терапии. Неэффективность консервативного лечения больных язвенной болезнью может проявляться в часто рецидивирующем течении язвенной болезни (т.е. с частотой обострений более 2 раз в год) и формировании рефрактерных гастродуоденальных язв (язв, не рубцующихся в течение 12 недель непрерывного лечения). Факторами, определяющими часто рецидивирующее течение язвенной болезни, являются наличие в анамнезе язвенных кровотечений и перфорации язвы, обсемененность слизистой оболочки желудка микроорганизмами НР, прием НПВП, а также низкий «кэмплайенс» (compliance).

К хирургическому способу лечения следует прибегать, когда современная хорошо организованная терапия не приносит эффекта (сохранение гиперсекреции и инфекции НР) и заболевание носит часто рецидивирующий характер, при больших и гигантских язвах, повторяющихся кровотечениях, формировании пилородуоденального стеноза, особенно после перенесенного ушивания пилородуоденальной язвы. В этих случаях должны быть получены строгие клинические и лабораторно-инструментальные доказательства бесперспективности дальнейшего консервативного лечения, в связи с реальной угрозой развития различных осложнений. В случае желудочной язвы следует обязательно принимать в расчет диспластические процессы, дабы избежать процесс ракового перерождения.

Выбор метода операции

Современному хирургическому воззрению на активное лечение язвенной болезни способствовали работы И.П. Павлова и его школы. Эти работы показали важную роль вагуса в стимуляции желудочной секреции. Огромный вклад И.П. Павлова в физиологию пищеварительной системы был удостоен высокой награды — Нобелевской премии. В январе 1943 г. выдающийся американский врач Lester Dragstedt из Чикагского университета, начавший изучать хирургию после того, как состоялся в качестве физиолога, впервые произвел поддиафрагмальное пересечение вагуса у пациента с активной дуоденальной язвой. С 1946 г. эта операция стала применяться весьма широко. Хирурги постоянно совершенствовали метод ваготомии, предлагая все новые и новые технические подходы. В 1967 г. Holle и Hart провели первую селективную проксимальную ваготомию, рассчитывая на то, что такой подход даст возможность

денервировать основную массу париетальных клеток без ущерба для иннервации антрума, пилоруса и других органов желудочно-кишечного тракта. Подобная операция позволила отказаться от дренирующих процедур. Сегодня данные операции выполняются в лапароскопическом варианте.

- Органосохраняющие операции с ваготомией, в том числе и селективная проксимальная ваготомия (как в изолированном варианте, так и в сочетании с дренирующими желудок операциями) показаны при неэффективности консервативного лечения неосложненной дуоденальной язвы.
- Ваготомия в сочетании с антрумэктомией показана при дуоденальной язве с нетипичной для язвенной болезни секреторной функцией, признаками гиперфункции диффузной эндокринной системы, а также выявленными нарушениями дуоденальной моторики и наличием дуоденогастрального рефлюкса. Эта операция также показана при сочетанной форме язвенной болезни.
- Резекция желудка оправдана у больных с желудочной локализацией язвы, при этом следует принимать во внимание не только неэффективность консервативного лечения, особенности клинического течения, но и онкологические соображения.

Контрольные вопросы по теме семинара

1. Выберите из предлагаемого списка симптоматические язвы:

- а) язва Курлинга;
- б) язва с локализацией по большой кривизне желудка;
- в) язва Кушинга;
- г) медиогастральная язва;
- д) аспириновая язва.

Варианты ответов:

- 1) а, д;

2) б, в, д; 3)

а, в, д; 4)

в, г, д.

2. Какое значение при язвенной болезни имеет *H.pylori*?

а) этиологическое;

б) патогенетическое.

Варианты ответов:

1) а; 2) б.

3. Какие препараты обладают наибольшей эффективностью в поддержании внутрижелудочной $\text{pH} > 3$? а) М-холинолитики;

б) H_2 -блокаторы;

в) антациды;

г) блокатор гастринового рецептора;

д) блокатор H^+ ; K^+ — АТФазы;

е) ганглиоблокаторы.

Варианты ответов:

1) а;

2) б; 3) в;

4) г;

5) д; 6) е.

4. Какой вариант антигеликобактерной терапии первой линии рекомендован в настоящее время ассоциацией гастроэнтерологов России?

а) блокаторы протонного насоса 2 раза в день + Амоксициллин
1000 мг \times 2 раза +

Кларитромицин 500 мг \times 2 раза;

б) блокаторы протонного насоса 2 раза в день +

Препараты висмута (например, де-нол 120 мг \times 4 раза в день) +

Метронидазол 250 мг \times 4 раза.

Варианты ответов:

1) а; 2) б.

5. В какие сроки после начала проведения антигеликобактерной терапии следует проводить оценку ее эффективности? а) 2месяца;

б) 1год;

в) 2года;

г) 3года.

Варианты ответов:

1) а;

2) б; 3) в; 4) г.

6. Что лежит в основе язвенной болезни на фоне антральной Gклеточной гиперплазии?

а) гастрин продуцирующая опухоль поджелудочной железы;

б) врожденная гиперплазия G-клеток, продуцирующих гастрин, в антральном отделе желудка у отдельных пациентов может быть причиной хронической желудочной гиперсекреции с последующим формированием язвенного дефекта в ДК.

Варианты ответов:

1) а;

2) б.

7. Какой метод исследования позволяет оценить наиболее полно оценить антисекреторный эффект терапии при ЯБ? а) эндоскопическая рН-метрия;

б) тест-Кау;

в) тест-Hollander;

г) 24часовой рН-мониторинг;

д) атропиновый тест.

Варианты ответов:

1) а;

2) б;

3) в;

4) г;

5) д.

8. Подразумевает ли под собой операция селективная проксимальная ваготомия следующее?

9. а) пересечение нерва Laterget;
б) сохранение нерва Laterget; **Варианты**

ответов:

- 1) а;
2) б.

10. Стволовая ваготомия обязательно сопровождается выполнением

- а) фундопликации;
б) пилоропластики;
в) операций Стронга (пересечение связки Трейца).

Варианты ответов:

- 1) а;
2) б;
3) в.

11. Какую операцию следует выбрать при язвенной болезни желудка?

- а) СПВ;
б) ТВ и пилоропластику;
в) резекцию желудка.

Варианты ответов:

- 1) а;
2) б;
3) в.

Рекомендуемая литература

1. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. II.
2. 80 лекций по хирургии / Под ред. акад. РАН, РАМН, проф. В.С. Савельева. — М.: Литтерра, 2008.
3. Хирургические болезни. Учебник / Под ред. В.С. Савельева и А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — Т. 1.

4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. акад. РАН, РАМН проф. В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2004.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. — М.: Медицина, 2002.
6. Клиническая хирургия / Под ред. Ю.М. Панцырева. — М.: Медицина, 1988.
7. Панцырев Ю.М., Гринберг. Ваготомия при осложненной дуоденальной язве. — М.: Медицина, 1978.

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Клиническая значимость изучаемой темы

Пилородуоденальный стеноз на сегодняшний день является основным, а в некоторых клиниках стал и единственным показанием к плановому оперативному лечению ЯБДК. Успехи современной противоязвенной терапии привели к тому, что стеноз стал встречаться значительно реже, чем кровотечение и перфорация. Тем не менее данное осложнение является как бы кульминацией хронического рецидивирующего течения заболевания, постепенно приводящего к развитию рубцового сужения привратника и/или ДПК с последующим нарушением эвакуации пищи из желудка, ставящим больного в положение безвыходности. По мнению ряда отечественных авторов удельный вес стеноза составляет от 5 до 30%, сочетание стеноза и перфорации встречается от 18 до 57%, сочетание стеноза и кровотечения — в 17 % наблюдений. Целью оперативного лечения пилородуоденального стеноза является надежное излечение от язвенной болезни и восстановление нарушенной моторно-эвакуаторной функции желудка. Внедрение операций с ваготомией в 70–80 годы прошлого столетия с целью лечения пилородуоденального стеноза сопровождалось оживленной дискуссией. Однако значительные клинические исследования позволяют утверждать, что ваготомия не приводит к выраженным и необратимым изменениям моторно-эвакуаторной функции желудка, если таковые еще не имели место до операции. Сегодня операции с ваготомией имеют широкое и обоснованное применение при стенозе. Индивидуальный подход, основанный на результатах всестороннего дооперационного обследования, позволяет выбрать наиболее обоснованный метод оперативного лечения в каждом конкретном случае и является залогом хороших результатов хирургического лечения больных с язвенным пилородуоденальным стенозом.

Вопросы для подготовки к занятию

- Физиология желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Патофизиология язвенной болезни.
- Клиническая картина язвенного стеноза.
- Классификация пилородуоденального стеноза.
- Методы диагностики язвенного стеноза.
- Основные принципы предоперационной подготовки со стенозом.
- Обоснование выбора способа операции.
- Основные особенности послеоперационного ведения больных.

Особенности курации больных с язвенным пилородуоденальным стенозом

Во время курации студенты знакомятся с вариантами клинического течения различных стадий язвенного пилородуоденального стеноза (больные могут быть как в до, так и в послеоперационном периоде), собирают анамнез, проводят физикальное обследование, знакомятся с историей болезни, результатами лабораторных и инструментальных методов обследования, характером предоперационной подготовки, операционными данными, прослеживают динамику и особенности течения послеоперационного периода.

Курация больного с язвенным пилородуоденальным стенозом

Разбор больного с дуоденальной язвой, осложненной компенсированным (субкомпенсированным) пилородуоденальным стенозом. Куратор докладывает жалобы и данные анамнеза заболевания, делая акцент на длительности и упорстве течения, частоте обострений, эффективности терапии, изменениях клинических проявлений язвенной болезни, позволяющих заподозрить и ориентировочно определить сроки возникновения пилородуоденального стеноза, оценивает степень прогрессирования симптоматики развивающегося осложнения. Детально

обсуждаются данные объективного обследования больного. Один из участников семинара формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования больного, обсуждая показания, принципы проведения и результаты рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастным веществом, гастродуоденоскопии, манометрии, исследования секреторной активности желудка современными методами, проведения «зондовых проб». Формулируется клинический диагноз и тактика лечения больного. Рассматривается необходимость и план специальной предоперационной подготовки, направленной на нормализацию состояния больного, коррекцию водно-электролитных нарушений, нормализацию моторно-эвакуаторной функции желудка. Обсуждается вопрос выбора метода оперативного вмешательства у курируемого больного с учетом данных проведенных специальных методов обследования. Один из студентов обосновывает план ведения больного в послеоперационном периоде (характер интенсивной терапии, методы коррекции водноэлектролитных расстройств, нарушения питания, профилактика и лечение моторно-эвакуаторных расстройств желудка после операции и др.).

Разбор больного с декомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом. Куратор докладывает жалобы, анамнез заболевания, объективные данные и состояние больного, делая акцент на ярких клинических и лабораторных проявлениях стеноза (тяжелое общее состояние больного, похудение, обезвоживание, регулярная рвота, нарушения электролитного обмена, КЩС, азотемия, резко положительные пробы с зондированием и т.д.) Далее студенты формулируют предварительный диагноз, намечают диагностическую программу и план предоперационной подготовки. При этом обращается внимание на необходимость и методы коррекции нарушений водно-электролитного, белкового обмена, возможности и значение современных методов энтерального зондового и парэнтерального питания. После того, как сформулирован клинический диагноз, студенты обосновывают выбор метода операции при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе, намечают план ведения больного после операции, разбирают типичные осложнения послеоперационного периода.

Теоретические вопросы по теме семинара

Классификация язвенного пилородуоденального стеноза

Клиникоинструментальная классификация:

- **Компенсированный** — начальные проявления нарушения эвакуации из желудка (тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, видимая на глаз перистальтика желудка, «шум плеска» неотчетливый), при зондировании желудочное содержимое в объеме до 500 мл.
- **Субкомпенсированный** — яркая клиническая картина стеноза (рвота принятой пищей накануне, тяжесть в эпигастрии после еды в течение длительного времени, похудение, видимая на глаз перистальтика желудка, «шум плеска»), при зондировании желудочное содержимое в объеме более 500 мл, снижение диуреза, лабораторные признаки нарушения водно — электролитного обмена.
- **Декомпенсированный** — общее состояние больного тяжелое, прогрессивное похудение, слабость, резкое снижение диуреза, рвота искусственным путем большим объемом с примесью пищи, принятой много часов назад, «шум плеска» резко положительный, видимая перистальтика желудка на глаз не определяется, при зондировании желудочное содержимое в объеме более 1000 мл, выраженные нарушения водно-электролитного, белкового, жирового и углеводного обменов.

Морфологическая классификация

- Рубцовый.
- Рубцово-воспалительный.
- Воспалительный (активный язвенный процесс).

Уровень стеноза

- Стеноз, вызванный язвой желудка («песочные часы»).
- Препилорический стеноз, вызванный препилорической язвой.
- Пилородуоденальный стеноз, вызванный язвой пилорического канала или дуоденальной язвой.
- Постбульбарный стеноз.

Основы клинической патофизиологии язвенного пилородуоденального стеноза:

- дегидратация, снижение ОЦК;
- гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипокалиемический алкалоз;
- нарушение белкового, жирового, углеводного обменов;
- развитие гипотонии, снижение диуреза;
- развитие сердечно-сосудистой недостаточности, острой печеночнопочечной недостаточности;
- гастрогенная тетания.

В зависимости от выраженности степени пилородуоденального стеноза клинические проявления патофизиологических нарушений нарастают.

Диагностическая программа

- зондирование желудка натошак,
- лабораторные исследования крови, мочи, биохимия крови,
- рентгенологическое исследование желудка с оценкой его эвакуаторной функции:
 - при *компенсированном* стенозе желудок не увеличен в размерах, отмечается усиленная перистальтика, замедление начальной эвакуации и задержка эвакуации до 6-12 час;
 - при *субкомпенсированном* стенозе желудок увеличен в размерах, натошак содержит жидкость, перистальтика ослаблена, замедлена начальная эвакуация и задержка эвакуации до 18-24 часов;
 - при *декомпенсированном* стенозе желудок растянут, содержит значительное количество жидкости натошак, перистальтика резко ослаблена, задержка эвакуации более 24 часов;
- исследование моторной функции желудка:
 - при *компенсированном* стенозе тонус желудка повышен, сокращения антрального отдела желудка усилены, ритм голодных сокращений замедлен;

- при *субкомпенсированном* стенозе тонус желудка незначительно повышен, натощак и после пищевой нагрузки сокращения редкие, выраженная задержка начальной эвакуации;
- при *декомпенсированном* стенозе тонус желудка резко снижен, базальный тонус равен пластическому, сокращения желудка редкие, начальная эвакуация задерживается длительно;
- гастродуоденоскопия (от умеренного сужения пилоробульбарного канала при компенсированном стенозе до резкого его сужения при декомпенсированном стенозе),
- исследование секреторной функции желудка,
- исследование на наличие *H. pylori*.

Принципы и методы современной комплексной интенсивной терапии в предоперационном периоде (показания, методы, критерии эффективности)

- восполнение ОЦК и нормализация водно-электролитных нарушений (плазмозамещающие р-ры, кристаллоиды, белковые препараты и т.д.);
- парентеральное и энтеральное питание (введение аминокислот, липидов, растворов глюкозы, после проведения назоэнтерального зонда — энтеральное зондовое питание — специальные пищевые смеси);
- декомпрессия желудка путем повторных зондирований и промываний при суби декомпенсированном пилородуоденальном стенозе;
- противоязвенная терапия (H_2 блокаторы, блокаторы протонной помпы, прокинетики, противовоспалительные препараты, репаранты, антихеликобактерная терапия).

Вопросы хирургической тактики

- наличие язвенного пилородуоденального стеноза — показание к оперативному лечению. При этом следует учитывать морфологические изменения. Так, «воспалительный» стеноз при активной язве может быть ликвидирован проведением современной противоязвенной терапии. При рубцово-воспалительном стенозе

терапия может привести к положительному «уменьшению» стадии стеноза;

- оперативное лечение предпринимается, как правило, в плановом порядке после заживления язвы в результате проведенной предоперационной подготовки. При декомпенсированном стенозе операция выполняется после интенсивной предоперационной подготовки, коррекции нарушений гомеостаза.

Выбор метода операции определяется стадией стеноза, эффективностью проведенной предоперационной подготовки:

- органосохраняющие операции при компенсированном и субкомпенсированном стенозе при эффективной предоперационной подготовке;
- резецирующие операции при субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе и недостаточно эффективной предоперационной подготовке;
- гастроэнтероанастомоз при декомпенсированном стенозе и невозможности эффективной предоперационной подготовки в связи с выраженными нарушениями гомеостаза. Как правило, это неотложное вмешательство.

Основы реабилитации больных после органосохраняющих и резецирующих желудок операций

- после органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией отмечается значительное снижение послеоперационной летальности и уменьшение частоты отдаленных функциональных синдромов по сравнению с резекцией желудка;
- трудоспособность больных после органосохраняющих операций с ваготомией восстанавливается значительно раньше, чем после резекции желудка;
- особенность послеоперационного периода после органосохраняющих операций с ваготомией — нарушение желудочной эвакуации в 13 % случаев.

Общая оценка результатов

В настоящее время летальность при резекции желудка колеблется в пределах 3–7%, при органосохраняющих операциях 0–1%. Частота рецидивов язвы соответственно составляет при резецирующих операциях 2–3%, при органосохраняющих — 6–10%. Частота функциональных нарушений достигает 10–15% после резекции желудка и 6–8% после органосохраняющих операций.

Контрольные вопросы по теме семинара

1. Назовите ведущие клинические признаки компенсированного пилородуоденального стеноза:

- а) рвота пищей, принятой накануне за 6–8 час.;
- б) потеря массы тела до 5 кг;
- в) «шум плеска»;
- г) аспирация из желудка более 500 мл;
- д) уменьшение болевого синдрома после еды;
- е) задержка эвакуации из желудка при рентгенологическом исследовании до 6 час.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
- 2) б, в;
- 3) в, г;
- 4) г, д;
- 5) д, е.

2. Назовите ведущие клинические признаки декомпенсированного пилородуоденального стеноза:

- а) рвота пищей, принятой накануне за 6–8 час.;
- б) потеря массы тела до 5 кг;
- в) «шум плеска»;
- г) аспирация из желудка более 500 мл;
- д) уменьшение болевого синдрома после еды;
- е) задержка эвакуации из желудка при рентген.исследовании до 6 час.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в, г;
- 2) б, в, д;
- 3) а, в, г;
- 4) г, д, е;
- 5) б, д, е.

3. Укажите рентгенологические симптомы компенсированного пилородуоденального стеноза:

- а) увеличение желудка (нижний полюс в малом тазу);
- б) усиление перистальтики;
- в) деформация и сужение пилородуоденальной зоны;
- г) расширение двенадцатиперстной кишки;
- д) задержка темпов эвакуации до 6 час.;
- е) задержка темпов эвакуации до 12 час.

Варианты ответов:

- 1) а, б, е; 2) а, в, д;
- 3) б, в, д; 4) б, г, д; 5) б, г, е.

4. Укажите рентгенологические признаки декомпенсированного пилородуоденального стеноза:

- а) увеличение желудка (нижний полюс в малом тазу);
- б) усиление перистальтики;
- в) ослабление перистальтики;
- г) отсутствие начальной эвакуации;
- д) расширение двенадцатиперстной кишки;
- е) задержка темпов эвакуации до 24 час. и более.

Варианты ответов:

- 1) а, б, д, е;
- 2) а, в, г, е;
- 3) б, г, д; 4) б, г, е; 5) в, г, е.

5. Назовите эндоскопические признаки декомпенсированного пилородуоденального стеноза:

- а) гипертрофированная гиперемированная слизистая желудка;
- б) атрофичная розовая слизистая желудка;
- в) усиление перистальтики желудка;
- г) наличие застойного содержимого в желудке натошак;
- д) деформация луковицы двенадцатиперстной кишки;
- е) наличие эрозий на слизистой желудка и в нижней трети пищевода.

Варианты ответов:

- 1) а, в, д;
- 2) б, г, д, е;
- 3) б, в, г, д;
- 4) а, д, е; 5) г, д, е.

6. Укажите наиболее эффективные способы предоперационной подготовки больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом: а) инфузионная терапия;

- б) парентеральное питание;
- в) повторные переливания крови;
- г) постоянная декомпрессия желудка;
- д) энтеральное зондовое питание.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в;
- 2) б, в, г;
- 3) в, г, д;
- 4) а, б, г, д;
- 5) все ответы правильные.

7. Укажите наиболее эффективные способы предоперационной подготовки больных с компенсированным пилородуоденальным стенозом: а) инфузионная терапия;

- б) парентеральное питание;
- в) повторные переливания крови;

- г) постоянная декомпрессия желудка;
- д) энтеральное зондовое питание.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
- 2) б, в;
- 3) в, г;
- 4) а, б, г, д;
- 5) все ответы неправильные.

- 8. Отметьте, данные каких исследований необходимы при выборе метода операции при компенсированном пилородуоденальном стенозе:**
- а) показатели желудочной секреции;
 - б) данные гастродуоденоскопии;
 - в) данные рентгеноскопии желудка;
 - г) данные исследования моторики желудка;
 - д) показатели водно-электролитного баланса.

Варианты ответов:

- 1) а, в;
- 2) б, д; 3) в, д;
- 4) а;
- 5) все ответы верны.

- 9. Укажите наиболее обоснованные с патофизиологических и клинических позиций операции при язвенном пилородуоденальном стенозе в стадии компенсации:**
- а) гастрэктомия;
 - б) резекция 2/3 желудка;
 - в) антрумэктомия со стволовой ваготомией;
 - г) органосохраняющая операция со стволовой ваготомией;
 - д) СПВ + пилоропластика. **Варианты**

ответов:

- 1) а, б; 2) а, в;

- 3) б, в; 4)
г, д; 5) в,
г.

- 10. Укажите наиболее обоснованные с патофизиологической и клинической позиций операции при декомпенсированном язвенным пилородуоденальном стенозе:** а) гастрэктомия;
б) гемигастрэктомия;
в) селективная проксимальная ваготомия;
г) стволовая ваготомия + пилоропластика;
д) стволовая ваготомия + резекция желудка.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
2) б, г;
3) а, д;
4) в, г;
5) б, д.

Рекомендуемая литература

1. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. II.
2. 80 лекций по хирургии / Под ред. акад. РАН, РАМН, проф. В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2008.
3. Хирургические болезни. Учебник / Под ред. В.С. Савельева и А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — Т. 1.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. — М.: Медицина, 2002.
5. Клиническая хирургия / Под ред. Ю.М. Панцырева. — М.: Медицина, 1988.
6. Панцырев Ю.М., Гринберг. Ваготомия при осложненной дуоденальной язве. — М.: Медицина, 1978.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Клиническая значимость изучаемой темы

В последнее десятилетие в связи с ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью, острым панкреатитом, злоупотреблением алкоголем, значительно увеличилось число больных с хроническим панкреатитом, что выдвинуло диагностику и лечение этого сложного заболевания в ряд актуальных проблем современной абдоминальной хирургии.

Хронический панкреатит — продолжающееся воспалительное заболевание поджелудочной железы, сопровождающееся необратимыми морфологическими изменениями органа и нарастающей потерей его функций.

Клиническая картина хронического панкреатита многообразна, что обусловлено значительным числом этиологических факторов, приводящих к развитию этого заболевания (заболевания желчевыводящей системы (до 30%), злоупотребление алкоголем (до 60%), болезни двенадцатиперстной кишки и др.), различными фазами течения заболевания, присоединением многочисленных осложнений. Точное установление причины развития хронического панкреатита, его формы, морфологических изменений поджелудочной железы и смежных органов необходимо для выбора рациональной хирургической тактики. За последние годы достигнуты существенные успехи в диагностике хронического панкреатита, и в первую очередь благодаря внедрению современных методов неинвазивной лучевой диагностики и эндоскопии.

Основным методом лечения неосложненного хронического панкреатита является консервативная терапия. Однако рецидивирующее течение заболевания, присоединение осложнений, а в ряде случаев и невозможность исключения рака поджелудочной железы являются показанием к оперативному лечению.

Вопросы для подготовки к занятию

- Клиническая картина хронического панкреатита и его осложнений.

- Механизм формирования органических и функциональных изменений в поджелудочной железе и смежных органах при хроническом панкреатите.
- Диагностика хронического панкреатита и его осложнений.
- Показания и выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита и его осложнений.

Курация больных с последующим их разбором

Во время курации студенты знакомятся с наиболее частыми вариантами клинического течения заболевания, анализируют данные анамнеза, результаты лабораторных и специальных методов исследования, прослеживают течение преди послеоперационного периодов.

Разбор больных ставит своей целью ответить на следующие вопросы:

- определение основного этиологического фактора развития заболевания у данного больного;
- особенности клинического течения в зависимости от формы хронического панкреатита и наличия осложнений;
- определение диагностической программы у данного больного; — принципы лечебной тактики.

Разбор больного с хроническим панкреатитом. Куратор докладывает жалобы и данные анамнеза заболевания, делая акцент на предрасполагающие факторы, приведшие к заболеванию, подчеркивает выраженность клинических проявлений, частоту обострений, продолжительность периодов ремиссии, время возникновения, продолжительность и характер последнего обострения. Отдельно подчеркиваются осложнения хронического панкреатита. Детально обсуждаются данные объективного исследования.

Один из студентов группы формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования больного. Обсуждаются данные объективных методов обследования.

Формулируется клинический диагноз и тактика лечения больного. Разбираются показания как к эндоскопическому, так и к хирургическому

вмешательству на поджелудочной железе и смежных органах при осложненном хроническом панкреатите.

Один из студентов излагает общие сведения о предоперационной подготовке с учетом выраженности сопутствующих заболеваний и объема оперативного вмешательства.

Разбор больного с кистой поджелудочной железы. Куратор докладывает жалобы и данные анамнеза заболевания, делая акцент на факторы, приведшие к образованию кисты, время ее возникновения, продолжительность и характер заболевания. Детально обсуждаются план и данные обследования. Обсуждается понятие истинной и ложной кисты поджелудочной железы.

На основании полученных данных ставятся показания к оперативному лечению и определяется его характер. Разбираются возможные осложнения заболевания и операции.

Теоретические вопросы по теме семинара

Клиническая классификация хронического панкреатита

1. По этиологии

Наиболее частые:

- злоупотребление алкоголем (избыточная стимуляция внешней секреции поджелудочной железы, замедление эвакуации панкреатического сока за счет рефлексорного спазма сфинктера Одди и повышение внутрипротокового давления);
- холедохолитиаз, патология терминального отдела холедоха (в сочетании с гипертензией билиопанкреатической системы);
- перенесенный панкреонекроз.

Редкие:

- эндокринные нарушения, лекарственные препараты, иммунологические и аллергические факторы и др.

2. По морфологическим изменениям (Б.М. Даценко, А.П. Мартыненко, 1984):

- паренхиматозный хронический панкреатит, при котором Вирсунгов проток практически не изменен;
- протоковый ХП, при котором ГПП расширен и деформирован (с вирсунголитиазом или без него);
- папиллодуоденопанкреатит, при котором ГПП равномерно расширен на всем протяжении.

3. *Клиническая классификация* (М.В. Данилов, В.Д. Федоров, 1995):

- хронический рецидивирующий панкреатит, для которого характерны болевые кризы, вне которых состояние пациента остается относительно благополучным — наиболее распространенная форма заболевания;
- хронический болевой панкреатит, протекающий с постоянным болевым синдромом;
- латентная (безболевая) форма хронического панкреатита, при которой на первый план выступают нарушения внешней и внутренней секреции поджелудочной железы;
- псевдотуморозный хронический панкреатит, течение которого сопровождается механической желтухой различной степени выраженности и/или дуоденальной непроходимостью, что дает веские основания заподозрить рак головки поджелудочной железы.

Хирургические осложнения хронического панкреатита:

- киста поджелудочной железы;
- механическая желтуха;
- панкреатический асцит, плеврит (внутренний панкреатический свищ) ;
- наружный панкреатический свищ;
- стеноз двенадцатиперстной кишки;
- сегментарная портальная гипертензия;
- кровотечение в просвет протоков и кист поджелудочной железы.

Клиническая семиотика хронического панкреатита

- болевой синдром;

- клинические проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы;
- клинические проявления внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы;
- клинические проявления осложнений ХП (желтухи, дуоденального стеноза, портальной гипертензии и пр.).

Диагностическая программа

Лабораторная диагностика:

- исследование внешней секреции поджелудочной железы (исследование секрета поджелудочной железы — дуоденальное зондирование, катетеризация панкреатического протока) в состоянии функционального покоя и под воздействием физиологического раздражителя, определение переваривающей способности секрета поджелудочной железы (копрологическое исследование, РАВАтест, определение уровня эластазы в кале), определение панкреатических ферментов в крови и моче;
- исследование внутренней секреции поджелудочной железы (выявление недостаточности инкреторной функции бета-клеток — тест толерантности к глюкозе, определение иммунореактивного инсулина);
- определение уровня онкомаркера СА 19.9. *Инструментальные методы диагностики:*
- УЗИ;
- компьютерная томография;
- эндосонография
- ЭРПХГ;
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография;
- биопсия поджелудочной железы (чрезкожная под контролем УЗИ, внутриспросветная под контролем эндоскопического УЗИ, интраоперационная) с морфологическим исследованием.

Принципы лечебной тактики

Принципы консервативного лечения хронического панкреатита:

- диета;

- ферменты поджелудочной железы;
- спазмолитики;
- антисекреторные препараты;
- препараты, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки (прокинетики) ;
- санаторно-курортное лечение.

Цели хирургического лечения:

- Устранение болевого синдрома.
- Коррекция осложнений панкреатита.
- Максимально возможное сохранение функций поджелудочной железы и ее островкового аппарата.

Сроки выполнения операции:

- *экстренные* операции предпринимаются при осложненном течении заболевания аррозивным внутрибрюшным или внутрипротоковым кровотечением или при клинической картине перитонита при перфорации кисты поджелудочной железы;
- *срочные* операции показаны при неразрешающейся механической желтухе или при нагноившейся кисте поджелудочной железы;
- *плановые* операции выполняются при отсутствии вышеуказанных осложнений.

Оперативные вмешательства при хроническом панкреатите:

- Операции на *смежных* с ПЖ органах:
 - а) операции на желчных путях и БДС;
 - б) операции на желудочно-кишечном тракте.
- *Прямые* операции на ПЖ:
 - а) резекция ПЖ:
 - дистальная резекция;
 - панкреатодуоденальная резекция с сохранением желудка и привратника;
 - изолированная резекция головки ПЖ;
 - локальная резекция головки ПЖ;
 - б) дренирование протоков и кист ПЖ:

- наружное;
- внутреннее (панкреатоеюной цистоеюноанастомоз).
- *Паллиативные операции:*
 - а) операции на нервной системе;
 - б) криовоздействие на ПЖ.
- *Эндоскопические вмешательства на ПЖ и ее протоках.*
- *Чрезкожные вмешательства под контролем УЗИ и КТ.*

Непосредственные **результаты** прямых операций на поджелудочной железе зависят от их объема. Так, после дренирующих операций летальность составляет 0–3%, после резекции поджелудочной железы — 5–20%. Малоинвазивные вмешательства (эндоскопические, под контролем УЗИ или КТ) сопровождаются летальностью менее 1%. В то же время отдаленные результаты оперативного лечения хронического панкреатита лучше после прямых вмешательств на ПЖ, чем после малоинвазивных (частота рецидивов панкреатита, болевой синдром, экзoи эндокринная недостаточность).

Контрольные вопросы по теме семинара

1. Назовите наиболее частые причины хронического панкреатита:

- а) хронический калькулезный холецистит;
- б) холедохолитиаз;
- в) алкоголизм;
- г) нарушение диеты;
- д) дуоденостаз.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
- 2) б, в; 3) в, г; 4) г, д.

2. Укажите наиболее характерные симптомы хронического панкреатита:

- а) снижение массы тела;

- б) повышение массы тела;
- в) неустойчивый стул;
- г) запор;
- д) боли в эпигастрии на голодный желудок;
- е) боли в эпигастрии после приема пищи.

Варианты ответов:

- 1) а, г, д;
- 2) б, в, д;
- 3) а, в, е;
- 4) б, г, е;
- 5) б, в, е.

3. Назовите осложнения хронического панкреатита:

- а) киста поджелудочной железы;
- б) желудочно-кишечное кровотечение;
- в) асцит;
- г) плеврит;
- д) гнойный перитонит;
- е) желтуха.

Варианты ответов:

- 1 .а, б, г;
- 2 . а, в, д;
- 3 . б, г, д, е;
- 4 . а, б, в, г, е.

4. Какие методы исследования при хроническом панкреатите могут быть проведены в поликлинических условиях? а) биохимическое исследование крови;

- б) УЗИ;
- в) КТ;
- г) рентгеноскопия желудка;
- д) гастроскопия.

Варианты ответов:

- 1) а, б, г, д;

- 2) а, б, в, г;
- 3) б, в, г;
- 4) все перечисленные.

5. Отметьте наиболее информативные методы исследования при хроническом панкреатите: а) УЗИ;

- б) КТ;
- в) гастродуоденоскопия;
- г) ЭРПХГ;
- д) целиакография.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в;
- 2) б, в, г;
- 3) г, д;
- 4) а, б, г;
- 5. в, г, д.

6. Укажите наиболее информативные методы исследования при кисте поджелудочной железы: а) УЗИ;

- б) КТ;
- в) гастродуоденоскопия;
- г) ЭРПХГ;
- д) целиакография.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
- 2) б, г; 3. г, д;
- 4. а, г.

7. Назовите показания к плановому оперативному лечению хронического панкреатита:

- а) панкреатическая гипертензия;
- б) киста поджелудочной железы;
- в) нарушение дуоденальной проходимости;
- г) калькулезный панкреатит;

д) асцитическая форма течения хронического панкреатита.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
- 2) г, д;
- 3) а, б, д;
- 4) б, в, г, д;
- 5) все перечисленные.

8. Назовите показания к срочной операции при хроническом панкреатите:

- а) киста поджелудочной железы диаметром 8 см;
- б) нагноившаяся киста поджелудочной железы;
- в) механическая желтуха;
- г) асцитическая форма панкреатита;
- д) панкреатолитиаз.

Варианты ответов:

- 1) а, в;
- 2) б, в; 3. а, г;
- 4. г, д.

9. Укажите операцию при кисте в области тела поджелудочной железы:

- а) наружное дренирование кисты;
- б) цистозэнтероанастомоз;
- в) дуоденоэнтероанастомоз;
- г) панкреатоэнтероанастомоз.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б; 3. в;
- 4. г.

10. Отметьте операцию при хроническом панкреатите, сопровождающимся дилатацией протоковой системы ПЖ: а) цистозэнтероанастомоз;

- б) панкреатоэнтероанастомоз;
- в) панкреатодуоденальная резекция;
- г) дистальная резекция поджелудочной железы.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б; 3. в;
- 4. г.

Рекомендуемая литература

- 1. Хирургические болезни / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М., 2005.
- 2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М., 2009.
- 3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М., 1995.
- 4. Клиническая хирургия / Под ред. Ю.М. Панцырева. — М.: Медицина, 1988.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Клиническая значимость изучаемой темы

Механическая желтуха является одним из наиболее частых грозных осложнений различных заболеваний органов панкреатобилиарной системы. У врача любой специальности, сталкивающегося с этим состоянием, нередко возникают трудности в диагностике, дифференциальной диагностике и лечебной тактике. Необходимость ранней и правильной диагностики механической желтухи диктуется чрезвычайно опасными состояниями, развивающимися на ее фоне (холангит, абсцессы печени, билиарный цирроз печени, печеночно-почечная недостаточность), приводящими к высокой летальности. Все это подчеркивает необходимость своевременной диагностики этого тяжелого состояния.

Механическая желтуха по данным многих хирургических клиник сопровождает желчнокаменную болезнь в 20-45% случаев. Проблема состоит в том, что как при желчнокаменной болезни, так и при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны механическая желтуха чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста, обремененных выраженной сопутствующей патологией.

В настоящее время в арсенале врачей существует ряд специальных инструментальных методов исследования, которые в большинстве случаев позволяют правильно установить, как причину механической желтухи, так и локализацию патологического процесса. Однако необходимо знать и правильно интерпретировать полученные данные, что нередко представляет нелегкую задачу для специалистов различного профиля.

Очень часто вызывают затруднение вопросы хирургической тактики при механической желтухе (сроки и выбор метода оперативного вмешательства), решение которых требует от врача хорошего знания ряда распространенных заболеваний, осложняющихся механической желтухой.

Вопросы для подготовки к занятию

- Дифференциальная диагностика желтух на основе клинико-лабораторных данных.
- Инструментальные методы исследования, их возможности и ограничения.
- Основные направления консервативной терапии механической желтухи.
- Принципы этапного подхода к оперативному лечению больных с механической желтухой.
- Виды операций у больных с механической желтухой и сроки их выполнения.
- Основные принципы послеоперационного ведения больных.

Особенности курации больных с механической желтухой

Разбор больного с механической желтухой калькулезного происхождения. Куратор докладывает анамнез заболевания, выделяет особенности клинической симптоматики заболевания, данные физикального обследования. Подчеркивает связь появления желтухи с характером болевого синдрома. Обращает внимание на возможное наличие осложнений механической желтухи и их симптоматику (холангит, печеночная недостаточность). Освещает течение желчнокаменной болезни до настоящего эпизода.

На основании полученной информации формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования.

Далее куратор докладывает данные лабораторных и инструментальных методов исследования, уточняющие диагноз (результаты биохимического исследования крови, УЗИ, ЭРХГ, эндосонографии).

Формулируется окончательный диагноз, определяются показания, сроки и характер операции.

Разбор больного с механической желтухой опухолевого происхождения. Куратор докладывает анамнез заболевания, особенности клинической

картины (синдром малых признаков, появление желтухи без болевого синдрома), данные физикального обследования (симптом Курвуазье), лабораторные данные.

На основании полученной информации формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования.

Далее куратор докладывает данные лабораторных и инструментальных исследований (результаты биохимического исследования крови, УЗИ, ЭРХГ, чрескожной чреспеченочной холангиографии).

Формулируется окончательный диагноз с учетом клинических и специальных методов исследования, определяются показания к оперативному вмешательству, характер предоперационной подготовки.

Обосновывается выбор метода декомпрессии желчных путей в зависимости от локализации опухолевого процесса, стадии заболевания. Обсуждается возможность и объем радикальной или паллиативной хирургической операции.

Теоретические вопросы по теме семинара

Этиология

1. Желчнокаменная болезнь — 29.2%.

- а. Холедохолитиаз.
- б. Папиллостеноз.
- с. Их сочетания.

2. Опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны.

- а. Доброкачественные.
- б. Злокачественные. I. Первичные.
 - Головки поджелудочной железы.
 - Большого сосочка 12-перстной кишки.
 - Желчного протока.
 - Желчного пузыря.
 - Печени.

II. Метастатические.

- Метастазы в лимфоузлы гепатодуоденальной связки.

- Метастазы в печень.

3. *Хронический панкреатит.*
4. *Стриктуры внепеченочных желчных протоков и желчеотводящих анастомозов.*
5. *Паразитарные заболевания.*
6. *Первичный склерозирующий холангит.*
7. *Другие.*

Классификация

По длительности желтухи:

1. Острая (до 10 дней).
2. Затянувшаяся (11-20 дней).
3. Длительная (21-30 дней).

По полноте обструкции желчеоттока:

1. Полная.
2. Неполная.

Клиническая картина.

1. Желтушность кожи и слизистых оболочек.
2. Боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, правую лопатку.
3. Кожный зуд.
4. Симптом Курвуазье (пальпируемый безболезненный напряженный желчный пузырь).
5. Лихорадка (при присоединении холангита и при сочетании с острым холециститом).

Лабораторная диагностика

1. Общий анализ мочи (желчные кислоты, билирубин).
2. Биохимический анализ крови (повышение уровня билирубина за счет прямой фракции, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы, мочевины и креатинина — при присоединении почечной недостаточности).

3. Оценка системы гемостаза (ПТИ, фибриноген, время свертывания и время кровотечения).

Инструментальная диагностика

Задачи инструментальных методов исследования:

1. Наличие признаков билиарной гипертензии.
 2. Уровень препятствия (проксимальный, дистальный).
 3. Причина нарушения желчеоттока.
 4. Определение местной распространенности опухоли и наличие отдаленных метастазов.
-
1. *УЗИ* — скрининговый метод. Преимущественно решаются 1 и 2 задачи, в меньшей степени задачи 3 и 4.
 2. Методы *прямого контрастирования желчных путей* (эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), фистулография (при наличии наружного желчного свища) — «золотой стандарт» в диагностике патологических изменений желчных протоков.
 3. *Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)*. При ЖКБ — в сомнительных случаях (незначительное расширение желчного протока, умеренные изменения в биохимическом анализе крови). При опухолях — уточнение местной распространенности и наличие регионарных метастазов.
 4. *Компьютерная томография (КТ)* преимущественно 4 задача.
 5. *Магнито2резонансная холангиопанкреатография*. При ЖКБ — в сомнительных случаях (незначительное расширение желчного протока, умеренные изменения в биохимическом анализе крови) и при невозможности выполнить ЭУС, ЭРХГ.
 6. *Билиосцинтиграфия*.

Показания к операции

Механическая желтуха в подавляющем большинстве случаев требует выполнения операции.

Сроки операции

1. *Экстренная* (в ближайшие часы от поступления): холангит, острая блокада терминального отдела холедоха
2. *Срочная* (при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 48-72 часов)
3. *Отсроченная* (после разрешения желтухи)

Консервативная терапия

1. Печеночноклеточная недостаточность: форсированный диурез, гепатопротекторы, витамины группы В и С, глюкокортикоиды, экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез).
2. Почечная недостаточность: форсированный диурез, экстракорпоральная детоксикация (гемодиализ).
3. Энцефалопатия: ноотропные препараты, дезинтоксикация, витамины группы В.
4. Геморрагический синдром: гемостатики — этамзилат, викасол, хлорид кальция, антисекреторные препараты — Н₂-блокаторы, блокаторы протонной помпы, антациды, переливание плазмы.

Принципы хирургического лечения

Основной принцип — этапность лечения — на фоне желтухи выполнить минимально инвазивную декомпрессию желчных путей с последующим дообследованием и при необходимости выполнением операции большего объема.

Методы минимально инвазивной декомпрессии желчных путей

Могут являться как временными, так и окончательными.

1. *Эндоскопические* (преимущественно при дистальной обструкции желчеоттока):
 - а) ЭПСТ, экстракция конкрементов;
 - б) билиодуоденальное протезирование (при опухолях и неудаляемых конкрементах);
 - в) назобилиарное дренирование (при холангите).
2. *Чрескожно-чреспеченочные* (преимущественно при проксимальной обструкции желчеоттока):

- а) наружное дренирование;
- б) наружно-внутреннее дренирование;
- с) протезирование желчных протоков.

3. *Микрохолецистостомия или хирургическая холецистостомия.*

Тактика оперативного лечения при ЖКБ

1. Хронический калькулезный холецистит:

- а. *Холедохолитиаз (папиллостеноз):*
ЭПСТ — Холецистэктомия.

- б. *Крупный холедохолитиаз:*
ЭПСТ, билиодуоденальное протезирование (назобилиарное дренирование) — Холецистэктомия, холедохолитотомия.

2. Острый калькулезный холецистит:

- а. *При выраженной желтухе, значимой сопутствующей патологии:*

УЗ-микрохолецистостомия — ЭПСТ — Холецистэктомия.

- б. *При незначительной желтухе у молодых больных:*
ЭПСТ — Холецистэктомия.

3. Операбельные опухоли

- а. *Преимущественно при дистальной окклюзии:*

ЭПСТ, билиодуоденальное протезирование — радикальная операция.

- б. *Преимущественно при проксимальной окклюзии или неудаче эндоскопической декомпрессии:*

ЧЧХ-стомия (наружное или наружно-внутреннее дренирование) — радикальная операция.

- с. *При невозможности выполнить предыдущие варианты лечения:*

УЗ-микрохолецистостомия — радикальная операция.

4. Неоперабельные опухоли

- а. *Преимущественно при дистальной окклюзии:*

ЭПСТ, билиодуоденальное протезирование — паллиативная операция (гепатикоеюноанастомоз).

- б. Преимущественно при *проксимальной окклюзии или неудаче эндоскопической декомпрессии*:
ЧЧХ-стомия (наружное или наружно-внутреннее дренирование) — паллиативная операция (гепатикоеюноанастомоз).
- с. При *невозможности выполнить предыдущие варианты лечения*:
УЗ-микрохолецистостомия — паллиативная операция (гепатикоеюноанастомоз).
- д. При *невозможности выполнить желчеотводящий анастомоз*:
Эндоскопическое или чрескожно-чреспеченочное протезирование.

Контрольные вопросы по теме семинара

1. Какие симптомы в большей степени характерны для механической желтухи желчнокаменного происхождения?
- а) боли;
 - б) обесцвеченный кал;
 - в) телеангиоэктазии;

- г) кожный зуд;
- д) симптом Курвуазье;
- е) гепатомегалия;
- ж) потеря веса.

Варианты ответов:

- 1) а, в, е;
- 2) а, г;
- 3) б, е; 4) б, г, д, ж;
- 5) б, в, е, ж.

- 2. Какие симптомы в большей степени характерны для механической желтухи опухолевого происхождения?** а) боли;
- б) обесцвеченный кал;
 - в) телеангиоэктазии;
 - г) кожный зуд;
 - д) симптом Курвуазье;
 - е) гепатомегалия;
 - ж) потеря веса.

Варианты ответов:

- 1) а, в, е;
- 2) а, г;
- 3) б, е; 4) б, г, д, ж;
- 5) б, в, е, ж.

- 3. Выберите биохимические изменения свойственные механической желтухе:**
- а) повышение уровня общего билирубина;
 - б) повышение уровня прямого билирубина;
 - в) повышение уровня непрямого билирубина;
 - г) повышение уровня АЛТ;
 - д) повышение уровня АсАТ;
 - е) повышение уровня ЩФ;

ж) повышение уровня ЛДГ.

Варианты ответов:

- 1) а, б, г, е;
- 2) а, в, г, ж;
- 3) а, б, в, д;
- 4) а, б, в, г;
- 5) все ответы правильные.

4. Выберите основные методы инструментальной диагностики при механической желтухе: а) УЗИ;

- б) КТ;
- в) дуоденоскопия;
- г) билиосцинтиграфия;
- д) ЭРХГ;
- е) ЧЧХГ;
- ж) внутривенная холангиография.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в, ж;
- 2) а, в, г, ж;
- 3) а, в, д, г;
- 4) а, б, д, е;
- 5) все ответы правильные.

5. Выберите наиболее оптимальный диагностический алгоритм при механической желтухе желчнокаменного происхождения:

- а) биохимический анализ крови;
- б) УЗИ;
- в) ЭРХГ;
- г) ЧЧХГ;
- д) КТ;
- е) МРХГ;
- ж) эндосонография.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в, г, д;
- 2) а, в, е;
- 3) а, б, ж;
- 4) а, б, е, в; 5) а, б, в.

6. Выберите наиболее оптимальный диагностический алгоритм при механической желтухе опухолевого происхождения:

- а) биохимический анализ крови;
- б) УЗИ;
- в) ЭРХГ;
- г) ЧЧХГ;
- д) КТ;
- е) МРХГ;
- ж) эндосонография.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в, г, д;
- 2) а, в, е;
- 3) а, б, ж;
- 4) а, б, е, в; 5) а, б, в.

7. Назовите возможные осложнения ЭПСТ:

- а) перфорация;
- б) острые язвы ЖКТ;
- в) кровотечение;
- г) холангит;
- д) парез кишки;
- е) острый панкреатит;
- ж) рецидивный холедохолитиаз.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в, д;
- 2) в, г, е;
- 3) а, д, е, ж;

4) а, в, г, е;

5) все ответы правильные.

8. Выберите методы малоинвазивной декомпрессии желчного дерева при опухолевой механической желтухе в порядке убывания их предпочтительности:

- а) холедохотомия с наружным дренированием холедоха;
- б) хирургическая холецистостомия;
- в) ЭПСТ, протезирование;
- г) ЭПСТ, назобилиарное дренирование;
- д) чрескожно-чреспеченочное наружное дренирование;
- е) ультразвуковая микрохолецистостомия;
- ж) чрескожно-чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование.

Варианты ответов:

1) в, г, ж, д, е, б, а;

2) в, д, а, е, ж, б, а;

3) е, в, б, а, г, д, ж;

4) ж, е, д, г, в, а, б;

5) 5) д, е, в, г, а, ж, б.

9. Выберите радикальные операции при злокачественных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны: а) гепатикоеюноанастомоз;

- б) панкреатодуоденальная резекция;
- в) резекция желчного протока;
- г) холедохолитотомия;
- д) операция Фрея;
- е) операция Бегера;
- ж) операция Микулича.

Варианты ответов:

1) б, г, ж;

2) б, в, ж;

3) б, в;

4) а, г, е; 5) а, ж.

10. Выберите паллиативные операции при злокачественных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны:

- а) гепатикоеюноанастомоз;
- б) панкреатодуоденальная резекция;
- в) резекция желчного протока;
- г) холедохолитотомия;
- д) операция Фрея;
- е) операция Бегера;
- ж) операция Микулича.

Варианты ответов:

- 1) б, г, ж;
- 2) б, в, ж;
- 3) б, в;
- 4) а, г, е; 5) а, ж.

Рекомендуемая литература

- 1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. — М.: Видар-М, 2000.
- 2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар-М, 2009.
- 3. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М., 2009.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Клиническая значимость изучаемой темы

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)—сложное клиническое понятие, объединяющее различные осложнения хирургического лечения желчекаменной болезни, наблюдающееся у 5-20% оперированных больных.

В последнее время, в России и за рубежом, значительно возросло количество операций по поводу желчнокаменной болезни. Среди такого рода больных, все большее место занимают пациенты пожилого и старческого возраста с длительным анамнезом заболевания и сочетанием заболеваний желчного пузыря с патологическими изменениями в желчных протоках, печени и поджелудочной железе. Залогом успеха первичной операции является полное выявление всех нарушений и их окончательная коррекция.

Название ПХЭС впервые появилось в американской литературе еще в 30-х годах прошлого столетия и с тех пор заняло прочное место в медицинской терминологии. Едва ли в медицине можно найти какой либо еще синдром, который столь долго и вполне заслуженно подвергается критике как слишком общий и неконкретный, но который тем не менее сохраняет свою жизнеспособность.

Трактовка причин более или диспепсических расстройств после холецистэктомии постоянно менялась. Вначале их объясняли техническими погрешностями, затем развитием спаечного процесса в зоне операции. В последующем стали придавать значение выпадению функции желчного пузыря и его регулирующей роли в оттоке желчи.

Согласно Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения 1999г. Термином «ПХЭС» принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди, обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующим нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии

органических препятствий. Это определение вошло и в новые стандарты диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Отдельные авторы предлагают выделять «истинный» ПХЭС, вкладывая в это понятие только рецидивы печеночной колики, возникающие в результате неполноценно выполненной холецистэктомии. Другие трактуют этот термин значительно шире, включая в этот синдром как функциональные нарушения, возникшие после удаления желчного пузыря, так и ранее существовавшие органические заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны, обострение и прогрессирование которых спровоцировано холецистэктомией. Убедительным основанием для такого суждения является тот факт, что течение желчно-каменной болезни (ЖКБ) по разным оценкам в 60 –80% сопровождается другими заболеваниями органов пищеварения, в первую очередь имеющих тесную анатомо-функциональную связь с билиарной системой. В связи с этим холецистэктомия может стать причиной, способствующей обострению и прогрессированию этого заболевания.

Исходя из этих положений, можно выделить по меньшей мере 4 группы основных причин, обуславливающих развитие после холецистэктомии клинической симптоматики:

- 1) диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции;
- 2) технические погрешности и тактические ошибки, допущенные при проведении операции;
- 3) функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря;
- 4) обострение или прогрессирование существовавших до операции заболеваний, в первую очередь гепатопанкреатобилиарной зоны, а также развитие новых патологических состояний, обусловленных адаптационной перестройкой органов пищеварения в связи с холецистэктомией.

Первые две группы причин затрагивают в основном хирургические аспекты проблемы и достаточно подробно изложены в соответствующей литературе. Для терапевта, который сталкивается с пациентом, уже перенесшим операцию, важно понимание характера патофизиологических нарушений, обусловленных холецистэктомией, что позволяет правильно

оценить характер клинической симптоматики и подобрать наиболее оптимальную терапию для коррекции выявленных нарушений.

Вопросы для подготовки к занятию

- Анатомия панкреатобилиарной зоны.
- Особенности клинической картины в зависимости от причин развития ПХЭС.
- Принципы лечебной тактики.

Особенности курации больных с ПХЭС

Разбор пациента с холедохолитиазом. Куратор в палате докладывает данные анамнеза заболевания, жалобы. У больного уточняется характер течения заболевания до холецистэктомии, срок появления и характер жалоб после операции, выраженность болевого синдрома, эпизоды появления желтухи, ее характер, выраженность, длительность, данные амбулаторных исследований.

Куратор докладывает данные физикального обследования.

На основании данных анамнеза и физикального обследования формулирует диагноз и намечает план обследования.

Преподаватель обсуждает со студентами особенности клинической картины, позволяющие заподозрить холедохолитиаз как причину ПХЭС. Проводится обсуждение информативности инструментальных методов исследования, включая УЗИ, рентгенограммы, полученные при ЭРХПГ, и другие методики.

Формулируется клиническая тактика, обосновываются показания к оперативному вмешательству, а при наличии желтухи обсуждаются сроки вмешательства, характер предоперационной подготовки и выбор метода оперативного вмешательства. Преподаватель обращает внимание на срочность операции при осложнении течения заболевания механической желтухой, эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии в комплексе лечебных мероприятий.

Разбор больного с ПХЭС, папиллостенозом (как вариант — сочетание папиллостеноза с холедохолитиазом). Куратор докладывает данные анамнеза заболевания, особенности клинической картины, изменения симптомов заболевания в результате перенесенного вмешательства, данные физикального обследования.

Преподаватель уточняет клиническую симптоматику, выделяя характерные проявления папиллостеноза, срок появления и динамику течения.

Один из студентов на основании полученной информации формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования. Куратор докладывает данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

Преподаватель обращает внимание на значение биохимических показателей крови, данные рентгенологического и эндоскопического методов исследования, обращает внимание на частое сочетание папиллостеноза с хроническим рецидивирующим панкреатитом.

Куратор с учетом вышеизложенного формулирует клинический диагноз. Обсуждаются показания к операции и выбор ее метода. Преподаватель отмечает перспективность ЭПСТ в лечении данной патологии. Подчеркивается частота папиллостеноза при ЖКБ, необходимость коррекции его при первичной операции и возможность дооперационной диагностики.

Разбор больного с дисфункцией сфинктера Одди. Куратор докладывает данные анамнеза заболевания, особенности клинической картины, изменения симптомов заболевания в результате перенесенного вмешательства, данные физикального обследования.

Преподаватель уточняет клиническую симптоматику, выделяя характерные проявления дисфункции сфинктера Одди, срок появления и динамику течения.

Один из студентов на основании полученной информации формулирует предварительный диагноз и намечает план обследования. Куратор докладывает данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

Преподаватель обращает внимание на значение биохимических показателей крови, данные эндоскопических методов исследования. Необходимо определить алгоритм применения диагностических методов.

Теоретические вопросы по теме семинара

Классификация ПХЭС

- 1) диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции;
- 2) технические погрешности и тактические ошибки, допущенные при проведении операции;
- 3) функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря;
- 4) обострение или прогрессирование существовавших до операции заболеваний, в первую очередь гепатопанкреатобилиарной зоны, а также развитие новых патологических состояний, обусловленных адаптационной перестройкой органов пищеварения в связи с холецистэктомией.

Особенности клинической симптоматики в зависимости от причины

- механическая желтуха;
- хронический панкреатит (его осложнения); • дисфункция сфинктера Одди;
- патология других органов.

Определение ПХЭС согласно Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения 1999 г

Термином «ПХЭС» принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди, обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующим нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий.

Определение дисфункции сфинктера Одди (ДСО)

ДСО — это термин, используемый для определения нарушения функции СО. ДСО характеризуется частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера и может иметь как органическую (структурную), так и функциональную (нарушение двигательной активности) природу и клинически проявляться нарушением оттока желчи и панкреатического сока.

Классификация дисфункции сфинктера Одди
(S. Sherman и соавт., 1991)

Билиарный тип дисфункции СО	Панкреатический тип дисфункции СО
<p><i>Tun 1</i></p> <p>а) типичные боли билиарного характера;</p> <p>б) печёночные ферменты (трансаминазы щелочная фосфатаза) сыворотки крови выше верхней границы нормы в 1,5–2 раза;</p> <p>в) общий желчный проток более 12 мм;</p> <p>г) эвакуация контрастного вещества из желчного протока в ДПК более 45 мин. в положении больного на спине.</p>	<p><i>Tun 1</i></p> <p>а) рецидивирующий панкреатит и/или типичные боли панкреатического характера;</p> <p>б) амилаза и/или липаза сыворотки крови выше верхней границы нормы в 1,5–2 раза;</p> <p>в) панкреатический проток в головке более 6 мм, в теле более 5 мм;</p> <p>г) эвакуация контрастного вещества из панкреатического протока в ДПК более 9 мин. в положении больного на спине.</p>
<p><i>Tun 2</i></p> <p>а) типичные боли билиарного характера;</p> <p>б) положительные данные одного или двух пунктов из Типа 1 (б, в, г).</p>	<p><i>Tun 2</i></p> <p>а) типичные боли панкреатического характера;</p> <p>б) положительные данные одного или двух пунктов из Типа 1 (б, в, г).</p>
<p><i>Tun 3</i></p> <p>а) типичные боли билиарного характера и отсутствие каких либо патологических изменений лабораторных данных и при ЭРХПГ.</p>	<p><i>Tun 3</i></p> <p>а) типичные боли панкреатического характера и отсутствие каких либо патологических изменений лабораторных данных и при ЭРХПГ.</p>

Диагностическая программа при ПХЭС

- биохимический анализ крови;
- лабораторная оценка экскреторной и инкреторной функции поджелудочной железы;
- УЗИ;
- ЭГДС;
- РХПГ;
- эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) ; • манометрия сфинктера Одди;
- компьютерная томография.

Принципы лечебной тактики

I . Оперативное лечение.

Холедохолитиаз

- 1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция;
- 2) холедохолитотомия.

Стеноз ТОХ

- 1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия;
- 2) холедоходуоденоанастомоз.

Стриктура гепатикохоледоха

- 1) баллонная дилатация области стриктуры, билиодуоденальное протезирование;
- 2) холедохоеюноанастомоз.

Хронический индуративный панкреатит — выполняются вмешательства (эндоскопические, хирургические) при наличии осложнений

II . Консервативное лечение.

Дисфункция СО

Контрольные вопросы по теме семинара

1 . Частота встречаемости ПХЭС:

- а) 0 –5%;

- б) 5 –10%;
- в) 5 –20%;
- г) 5 –40%;
- д) 10 –40%.

Варианты ответов:

- 1) б;
- 2) в;
- 3) г;
- 4) а;
- 5) д.

2. Назовите метод скрининг-диагностики у пациентов с патологией желчевыводящей системы: а) ЭРХПГ;

- б) билиосцинтиграфия;
- в) УЗИ;
- г) КТ;
- д) ЭГДС.

Варианты ответов:

- 1) б;
- 2) в;
- 3) г;
- 4) а;
- 5) д.

3. Какой метод является наиболее информативным при подозрении на ДСО?

- а) ЭРХПГ;
- б) ЭУС;
- в) УЗИ;
- г) КТ;
- д) манометрия СО.

Варианты ответов:

- 1) б;
- 2) в;

- 3) г;
- 4) а;
- 5) д.

4. Перечислите комплекс диагностических мероприятий у пациентов с хроническим калькулезным холециститом, перенесших в анамнезе приступ болей, сопровождающийся непродолжительной желтухой:

- а) биохимический анализ крови, ЭРХПГ;
- б) биохимический анализ крови, ЭУС;
- в) УЗИ, ЭРХПГ;
- г) биохимический анализ крови, УЗИ, либо ЭРХПГ (при билиарной гипертензии), либо ЭУС (при нерасширенных желчных протоках).

Варианты ответов:

- 1) г;
- 2) б;
- 3)
а;
- 4)
в.

3. Назовите наиболее частое ятрогенное осложнение во время холецистэктомии:

- а) повреждение холедоха;
- б) повреждение воротной вены;
- в) повреждение печеночной артерии.

Варианты ответов:

- 1) в;
- 2) б;
- 3)
а.

6. При каком варианте дисфункции сфинктера Одди возможна папиллосфинктеротомия? а) тип 1;

- б) тип 2;

в) тип 3.

Варианты ответов:

1) в;

2) б;

3) а.

7. Пациент перенес холецистэктомию 1 год назад. В течение последних 2х месяцев отмечает постепенно нарастающие боли в правом подреберье распирающего характера, связанные с приемом пищи, потемнение мочи. Ваш предположительный диагноз:

а) холедохолитиаз;

б) стеноз ТОХ;

в) стриктура гепатикохоледоха;

г) дисфункция СО;

д) билиарный цирроз.

Варианты ответов:

1) б;

2) а;

3) в;

4)

д;

5)

г.

8. Пациентка с хроническим калькулезным холециститом перенесла выраженный болевой приступ, купировавшийся через несколько часов, после чего отмечены признаки желтухи.

Ваш предположительный диагноз:

а) холедохолитиаз;

б) стеноз ТОХ;

в) стриктура гепатикохоледоха;

- г) дисфункция СО;
- д) билиарный цирроз.

Варианты ответов:

- 1) б;
- 2) а;
- 3) в;
- 4) д;
- 5) г.

9. У пациентки после выполнения холецистэктомии, наружного дренирования желчного протока через 7 месяцев после удаления дренажа отмечены явления желтухи. Боли не беспокоили. Ваш предположительный диагноз:

- а) холедохолитиаз;
- б) стеноз ТОХ;
- в) стриктура гепатикохоледоха;
- г) дисфункция СО;
- д) билиарный цирроз.

Варианты ответов:

- 1) д;
- 2) а;
- 3) г;
- 4) б;
- 5) в.

10. У пациентки, оперированной 4 месяца назад, в настоящий момент выявлен холедохолитиаз. В предоперационном периоде

в биохимическом анализе крови было отмечено незначительное повышение показателей билирубина, печеночных ферментов. Тогда же при УЗИ признаков билиарной гипертензии выявлено не было. Какой диагностический метод необходимо было выполнить перед холецистэктомией? а) ЭРХПГ;

- б) ЭУС;
- в) УЗИ;

г) КТ;

д) манометрия СО.

Варианты ответов:

1) д;

2) а;

3) г;

4) б;

5) в.

Рекомендуемая литература

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. — М.: Видар-М, 2000.

2. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. — М.: Медицина, 1998.

3. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И.Комарова и А.Л. Гребенева. — М.: Медицина, 1995. — Т. 2.

4. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. — М.: Анахарсис, 2006.

5. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. — М.: М-Вести, 2002.

6. Григорьев П.Я., Солуянова И.П., Яковенко А.В. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика / Лечащий врач. 2002.

7. Минушкин О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта и их лечение (патофизиология, диагностика и лечебные подходы). — М., 2002.

8. Маев И.В. и др. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.

ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Клиническая значимость изучаемой темы

Методы эндоскопической диагностики находят все более широкое применение в неотложной хирургии органов брюшной полости. Разработка и широкое внедрение в клиническую практику современных эндоскопических приборов и методов исследования значительно расширили диагностические возможности абдоминальной хирургии. Неотложная эндоскопия стала полноценным и полноправным партнером традиционной хирургии в диагностике и рациональном, минимально инвазивном лечении различных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений.

Основными задачами, которые призвано решить неотложное эндоскопическое исследование являются:

- проведение диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний и их осложнений;
- определение прогноза болезни и выработка индивидуальной тактики лечения больных на основании обнаруженных морфологических и функциональных изменений;
- определение показаний к эндоскопическим операциям;— планирование вида и объема хирургических вмешательств.

Показания и противопоказания к неотложным эндоскопическим исследованиям во многом определяются теми задачами, которые призван решить тот или иной вид эндоскопического исследования при конкретной хирургической патологии. При решении вопроса в каждом

клиническом случае целесообразно придерживаться следующих правил:

- Опасность развития осложнений не должна превышать диагностическую эффективность исследования.
- Диагностическое исследование должно иметь практическое значение и играть существенную роль при определении тактики лечения больного.

Основные методы внутрисветной эндоскопической диагностики:

- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС): осмотр пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки изнутри со стороны слизистой оболочки.
- Интестиноскопия (ИС): осмотр тонкой кишки (тощей и подвздошной) изнутри, со стороны слизистой оболочки. Используется видеокапсульная и баллонноассистированная энтероскопия.
- РектоКолоноИлеоскопия (РКИС): осмотр толстой (ободочной, слепой, прямой) и терминального отдела подвздошной кишки изнутри, со стороны слизистой оболочки.
- Эндоскопическая Ретроградная ХолангиоПанкреатография (ЭРХПГ): комбинированный рентгенэндоскопический метод исследования желчевыводящих путей, протоковой системы поджелудочной железы и области Большого Дуоденального Сосочка (БДС).
-

Дополнительные методы эндоскопической диагностики:

- Биопсия (взятие материала для гистологического исследования).
- Цитология (взятие биоматериала для цитологического исследования).
- Хромоскопия (прижизненное окрашивание тканевых структур).
- Аспирация жидкости.
- Флюороскопия (рентгенологическое исследование).
- Холангиоскопия (непосредственный эндоскопический осмотр желчевыводящих путей).
- Панкреатоскопия (непосредственный осмотр поджелудочной железы).
- Эндосонография (исследование ультразвуковым эндоскопом).
- Функциональные измерения (рН-метрия, электромиография).

Основные задачи экстренного эндоскопического исследования при остром желудочнокишечном кровотечении:

1. Точная диагностика источника кровотечения.
2. Определение характера (артериальное, венозное, капиллярное) и интенсивности кровотечения.
3. Оценка эндоскопических критериев, используемых при прогнозировании риска рецидива кровотечения.
4. Определение возможности выполнения эндоскопического гемостаза.

Основные и дополнительные методы эндоскопической диагностики:

- Эзофаго-Гастро-Дуоденоскопия с рН-метрией (при язвенных кровотечениях) и биопсией (для морфологической верификации диагноза).
- Интестиноскопия (при отсутствии источника кровотечения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке). Исследование целесообразно начинать с видеокапсульной эндоскопии, а затем, по показаниям, применять одно или двухбаллонную активную энтероскопию.
- Ректоскопия, колоноскопия, илеоскопия (при подозрении на наличие кровотечения из тонкой и толстой кишки).
- Эндосонография с помощью ультразвукового эндоскопа и/или ультразвуковых зондов.

Условия, необходимые для успешного и безопасного выполнения эндоскопического гемостаза:

- Круглосуточное дежурство квалифицированного специалиста, подготовленного к выполнению эндоскопической диагностики и гемостаза, и работающего в составе единой бригады хирургов, реаниматологов и гастроэнтерологов.
- Наличие и использование полноценного специализированного комплекта аппаратуры и инструментов.

- Адекватное анестезиологическое и медикаментозное обеспечение на всех этапах лечения, особенно у больных со средней и тяжелой степенью кровотечения, а также в любых ситуациях затрудняющих адекватный осмотр или выполнение гемостаза.
- Хороший доступ к источнику кровотечения, грамотный выбор метода гемостаза и его настойчивая и прецизионная реализация.

Основные источники острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

«Язвенные»	46,8%	«Неязвенные»	53,2%
1. Хронические язвы 12перстной кишки	32,3%	1 . Острые симптоматические язвы	10,7%
2. Хронические язвы желудка	11,2%	2 . Эрозивногеморрагические поражения	12,6%
3. Сочетанные язвы	1,3%	3. Синдром Мэллори-Вейсса	10,6%
4. Рецидивные пептические язвы	2,0%	4 . Варикознорасширенные вены	5,4%
		5. Опухоли	10,1%
		6. П/операционные и редкие	3,8%

Классификация язвенных кровотечений по Forrest

Forrest I— Кровотечение, продолжающееся в момент эндоскопического осмотра.

- **Forrest Ia**— струйное аррозивное;
- **Forrest Ib**— капиллярное, диффузное просачивание.

Forrest II— Кровотечение, остановившееся на момент эндоскопического осмотра со стигмами (следами недавно перенесенного кровотечения) в дне язвенного дефекта.

- **Forrest IIa**— видимый сосуд;
- **Forrest IIb** — фиксированный тромбсгусток;
- **Forrest IIc**— мелкие тромбированные сосуды в виде пигментированных пятен.

Forrest III— Кровотечение, остановившееся на момент эндоскопического осмотра, без стигм (следов недавно перенесенного кровотечения) в дне язвенного дефекта.

Показания для эндоскопического гемостаза

- Продолжающееся капиллярное просачивание (FIb) (Встречается у 10 – 15% больных. Риск рецидива кровотечения составляет 5%).
- Продолжающееся струйное кровотечение (FUa) встречается у 8–10% больных. Риск продолжения кровотечения или его рецидива составляет 80–85%.
- Видимый сосуд (FIIa) (40–50%. Риск продолжения кровотечения или его рецидива (25–40% больных).
- Фиксированный тромбсгусток (FIIf) (40–50% — риск продолжения кровотечения или его рецидива (15–20% больных).
- Относительное показание: мелкие тромбированные сосуды в виде темных пятен (FIIf) Встречается у 10% больных. 5% риск продолжения кровотечения или его рецидива.

Отсутствие показаний для эндоскопического гемостаза

- Отсутствие стигм кровотечения в дне и краях источника ЖКК (Forrest III). 1–2% риск продолжения кровотечения или его рецидива. 30 –40% больных.

Противопоказания для выполнения эндоскопического гемостаза

- Невозможность адекватного доступа к источнику кровотечения.
- Массивное артериальное кровотечение, особенно из под крупного плотного фиксированного сгустка.
- Опасность возникновения перфорации органа в процессе гемостаза.

Методы эндоскопического гемостаза

Методы	Тип	Действие
Термические	<ul style="list-style-type: none"> • Электрокоагуляция • Термокаутеризация • Лазерная фотокоагуляция 	Тромбоз сосуда в зоне кровотечения
Инъекционные	<ul style="list-style-type: none"> • Адреналин • Алкоголь • Склерозанты • Цианакрилаты • Тромбин • Фибриновый клей 	Вазоконстрикция Хим. «коагуляция» + дегидратация Клеевая пломбировка
Механические	<ul style="list-style-type: none"> • Клипирование • Лигирование 	Лигирование сосуда и источника ЖКК

Диатермокоагуляция. Частота перфораций от 0,6 до 3,7%.

- Моноактивная коагуляция преимущественно показана при ЖКК из хр. язв и опухолей.
- Биактивный метод предпочтителен при ЖКК из разрывов при СМВ, острых язв, эрозий и др. поражений, при которых отсутствуют выраженные рубцовосклеротические изменения тканей и не требуется (или опасна) глубокая коагуляция.

Термокоагуляция. Частота перфораций составляет 0,8–1,2%.

При повторном использовании частота перфораций достигает — 5%.

Лазерная фото-коагуляция пережила период бурного расцвета, но в настоящее время практически полностью оставлена, не выдержав конкуренции с более эффективными, безопасными, простыми и менее затратными методами гемостаза.

Аргоноплазменная коагуляция.

Перфорация — 0,31%.

Эмфизема стенки органа — 0,5%.

Пневмоперитонеум без перфорации — 0,24%.

Инъекционный гемостаз. Чаще всего используется 0,0001% раствор адреналина с физ. раствором (эффективно, безопасно).

- Перфорации при использовании этанола — 0,7 до 4,1%. Опасность некроза тканей и «расползания» язвы по диаметру и глубине! Описаны флегмоны желудка!
- Цианакрилаты: трудны в использовании; выводят из строя аппаратуру; создают стекловидный инфильтрат в зоне введения.
- Биокompозитные средства: опасения о возможности передачи с препаратом вирусных и прионовых инфекций. Дороговизна!

Клипирование - ушивание кровоточащей пептической язвы тощей кишки. Лигирование варикозно расширенных вен. Крайне низкий уровень осложнений. Полное отсутствие перфораций.

Осложнения неотложной эндоскопии у больных с ЖКК.

Данные клиники: неотложные ЭГДС по поводу ЯГДК —389 больных

Общее число осложнений	34(2,45%).
Бронхолегочная аспирация	5(0,36%).

Сердечнолегочная недостаточность	11(0,79%).
Возобновление кровотечения в процессе гемостаза	72(5,18%), в том числе его не удалось остановить — 5 (0,36%).
Артифициальный СМВ	— 3 (0,22%).
Некроз стенки ДПК	1 (0,07%).
Перфорация органа	— 9 (0,65%).

Клинико-эндоскопические критерии риска рецидива язвенного г/д кровотечения

Клинические и лабораторные

1. Клинические признаки геморрагического шока.
2. Обильная кровавая рвота и/или массивная мелена.
3. Дефицит глобулярного объема, соответствующий тяжелой степени кровопотери.

Эндоскопические

1. Продолжающееся артериальное кровотечение в момент исследования.
2. Крупные тромбированные сосуды в язвенном кратере
3. Язвенный дефект больших размеров и глубины.
4. Локализация язвы в проекции крупных сосудов.

Эндоскопическая графия язвенного дефекта предоставляет данные: о глубине и слое залегания кровоточащего сосуда, о точном диаметре сосуда, о наличии достоверных признаков пенетрации язвы в окружающие органы.

Условия, необходимые для успешного и безопасного неоперативного лечения ЯГДК

В настоящее время, в подавляющем большинстве случаев (95–97 %), определение риска рецидива ЯГДК важно для определения уровня антисекреторной терапии, а не для принятия решения о выполнении

неотложной операции! Предотвращение рецидива кровотечения с использованием активной динамической, в том числе лечебной эндоскопии; достаточного, непрерывного и длительного угнетения кислотопродукции желудка.

Широкое внедрение комплекса новых методов неоперативного (эндоскопического) гемостаза, методов прогнозирования риска рецидива кровотечения, усовершенствование техники неотложных оперативных вмешательств, активное внедрение органосберегающих, в том числе малоинвазивных операций, совершенствование комплекса интенсивной и противоязвенной терапии, позволили сократить количество рецидивов кровотечения, уменьшить число неотложно оперируемых больных, снизить общую летальность при ЯГДК до 5,0%.

Диагностика и дифференциальная диагностика перформативных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Основные задачи экстренного эндоскопического исследования при подозрении на перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки:

1. Дифференциальная диагностика между перфоративной язвой и другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Верификация диагноза с уточнением язвенной патоморфологии (локализация язвенного субстрата, наличие множественных язв, размеры инфильтрата и перфорационного отверстия, наличие (или угроза развития) осложнения со стороны второй язвы.
3. Определение уровня базальной кислотопродукции.
4. Определение распространенности перитонита.
5. Определение объема хирургического вмешательства и показаний к минимально инвазивной (лапароскопической) операции.

Гастродуоденоскопия позволяет:

- верифицировать диагноз с уточнением язвенной патоморфологии (локализация язвенного субстрата, наличие стеноза, множественных язв, размеры перфорационного отверстия, наличие (или угроза развития) осложнения со стороны второй язвы;
- определить уровень базальной кислотопродукции с помощью рН-метрии;
- выполнить биопсию для морфологической верификации диагноза и определения инфицированности «Геликобактер пилори».

Лапароскопия позволяет:

- провести дифференциальную диагностику между перфоративной язвой и другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;
- определить распространенность перитонита, размеры инфильтрата.
- определить объем хирургического вмешательства и показания к минимально инвазивной (лапароскопической) операции.

**Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний
панкреато-билиарной зоны**

- Существенное увеличение числа больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями (желтуха, холангит, острый панкреатит).
- Несомненный рост заболеваемости хроническим панкреатитом.
- Увеличение числа пациентов с опухолевыми поражениями желчевыводящих путей и поджелудочной железы.
- Прогрессивное развитие эндоскопического и лапароскопического оборудования и инструментария для вмешательств на панкреатобилиарной зоне.
- Создание инновационных лечебно-диагностических технологий.

Плановые

- Механическая желтуха различного генеза без тенденции к нарастанию и явлений.
- Острого холангита (Холедохолитиаз папиллостеноз).
- Патология поджелудочной железы, не являющаяся витально опасной.

Неотложные

- Острый гнойный холангит.
- Острый билиарный панкреатит, вызванный камнем, вклиненным в Фатеров сосочек.
- Нарастающая механическая желтуха.

Основные задачи экстренного эндоскопического исследования при неотложных заболеваниях панкреато-билиарной зоны

1. Диагностика и дифференциальная диагностика острого панкреатита; определение его причины, верификация его билиарной природы; диагностика острой блокады большого дуоденального сосочка, формы морфологических изменений, распространенности и стадии процесса.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика механической желтухи; определение уровня и причины блока желчеоттока (камни, опухоли); микроструктурных изменений тканевых структур, желчи и панкреатического сока; характеристика воспалительных изменений желчевыводящих путей.
3. Определение показаний к комплексному эндоскопическому обследованию и применению дополнительных диагностических вмешательств; формирование диагностического алгоритма.
4. Определение вида и объема хирургического вмешательства; формулировка показаний к эндоскопическим операциям.

Основные и дополнительные методы эндоскопической диагностики

- Эндоскопическая Ретроградная ХолангиоПанкреатоГрафия(ЭРХПГ)комбинированныйрентгеноэндоскопическийметод исследования желчевыводящих путей, протоковой

системы поджелудочной железы и области Большого Дуоденального Сосочка (БДС) с определением бактериологического и микроструктурного состава желчи.

- Холангиоскопия (как правило, после выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии).
- Эндосонография панкреатобилиарной зоны с помощью ультразвукового эндоскопа.

Перспективные методы диагностики

- Внутрипротоковое ультразвуковое исследование с помощью зондов.
- Трехмерная ультразвуковая эндоскопия.
- Магнитнорезонансная холангиопанкреатография.

Показания к ЭРХПГ

1. Определение причин механической желтухи и болевого синдрома при недостаточной информативности других методов обследования: клинического, биохимического, УЗИ и т.д. (холангиография).
2. Выявление причин ПХЭС (холангиография).
3. Уточнение показаний к ЭПСТ при выявленных заболеваниях БДС и дистального отдела холедоха (холангиография).
4. Подозрение на рак поджелудочной железы (панкреатикография) при недостаточной информативности других методов обследования (УЗИ, КТ, лапароскопия, онкомаркеры и т.д.).
5. Выраженная клиническая картина хронического панкреатита с наличием синдрома панкреатической протоковой гипертензии (по данным УЗИ, КТ), панкреатикография, для уточнения показаний к хирургическому лечению и выбора объема и характера оперативного вмешательства.
6. Стойкие панкреатические свищи, особенно посттравматические (панкреатикография + фистулография) — для выбора оптимальной лечебной тактики (консервативное лечение, окклюзия свища, оперативное вмешательство, ЭПСТ и др).
7. Необходимость выявления внутренних панкреатических свищей и выбора тактики при таких сложных патологических процессах, как:

панкреатогенный асцитперитонит, рецидив кисты при ранее наложенном панкреатодигестивном анастомозе, множественные панкреатические кисты.

Условия успешного выполнения ЭРХПГ

- Выполнение вмешательства опытным специалистом.
- Наличие качественного эндоскопического оборудования и инструментария.
- Полноценная подготовка пациента к вмешательству (дооперационное обследование, адекватная премедикация (обезболивание)).
- Удобное положение дуоденоскопа для канюляции и манипуляциях на БДС.
- Грамотный выбор метода вмешательства, его прецизионное и аккуратное выполнение, а также его последовательная и разумно настойчивая реализация.

Нетипичные условия выполнения ЭРХПГ

- Перипапиллярные дивертикулы.
- Ранее перенесенная резекция желудка по Б2.
- Деформация вертикального отдела ДПК.
- Вколоченные камни БДС и ТОХ.
- Папиллостеноз.
- Рестеноз после ЭПСТ.
- Новообразования БДС.

Противопоказания к эндоскопическим ретроградным вмешательствам

- Крайне тяжелое общее состояние больного.
- Сложные анатомические условия, не позволяющие безопасно выполнить эндоскопическое вмешательство (расположение сосочка в полости дивертикула, ранее перенесенная резекция желудка по БП с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру и др.).
- Выраженные нарушения свертывающей системы крови.

- Протяженный (тубулярный) стеноз дистального отдела желчного протока.

Эндоскопические лечебные ретроградные вмешательства на БДС

- 1974 — Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (Classen, Demling; Kawai)
- 1975 — Эндоскопическая цистогастростомия (Rogers).
- 1977 — Эндоскопическая вирсунготомия (Classen; Van Spuy).
- 1981 — Эндоскопическое удаление вирсунголитов (Neuhaus; Soehendra).
- 1982 — Эндоскопическое билиарное стентирование (Soehendra).
- 1983 — Эндоскопическое стентирование ГПП (Soehendra; Rosch).
- 1985 — Транспапиллярное дренирование псевдокист поджелудочной железы (Kozarek).
- 1992 — Эндоскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем ЭУС (Grimm).

Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии при холедохолитиазе

Общее число осложнений	0,5–8% среди них:
кровотечение	1,5–3%
острый панкреатит	1–3%
ретродуоденальная перфорация	0,5–2%
холангит	0,5–,5%
Летальность	0 –0,5%

Определение понятия острая блокада терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка

Острая блокада терминального отдела холедоха — яркий клинический синдром, который характеризуется триадой симптомов:

1. Выраженный болевой синдром по типу желчной колики и/или острого панкреатита;
2. Быстро нарастающая механическая желтуха и/или быстро прогрессирующее течение острого панкреатита;
3. Присоединение и нарастание инфекционного компонента в виде острого холангита.

С помощью неотложной эндоскопии (ЭРХПГ, холангиоскопия, лапароскопия) можно установить причину острой блокады терминального отдела холедоха, выраженность и распространенность воспалительного процесса и определить показания к выполнению малотравматичных, достаточно эффективных эндоскопических операций.

Причины возникновения острой блокады ТОХ

- Холедохолитиаз 72,6%
В том числе: вколоченный камень бдс — 46,9%
прошедший камень бдс — 25,7%
- Микрохоледохолитиаз + острый папиллит 19,4%
- Микрохоледохолитиаз + стеноз бдс 7,3%
- Микрохоледохолитиаз + аденома тох 0,7%
- Всего 100%
-

Тактика ведения больны с опухолями панкреатобилиарной зоны

Решение вопроса о возможности и целесообразности радикального или паллиативного хирургического лечения.

Выбор эндоскопического протезирования желчных путей как окончательного метода лечения — плановое репротезирование через каждые 4–6 месяцев.

Преимущества эндоскопического протезирования билиарного тракта

Высокая эффективность.

- Физиологичность и обеспечение лучшего качества жизни.
- Возможность выполнения литоэкстракции.
- Возможность выполнения протезирования Вирсунгова протока.
- Возможность взятия материала для морфологического исследования.

Ограничения эндоскопического протезирования билиарного тракта

Анатомотопографические особенности и/или патологические изменения двенадцатиперстной кишки:

- перипапиллярные дивертикулы;
- деформация и опухолевый стеноз двенадцатиперстной кишки;
- перенесенная ранее резекция желудка или
- гастрэктомия.

Окклюзия протезов

Средняя продолжительность функционирования пластикового стента — 4–6 месяцев.

Классификация Bismouth — Corlette (1964)

Тип I — поражение общего печечного протока ниже уровня бифуркации.

Тип II — уровень окклюзии локализован в области бифуркации.

Тип IIIa — сужение находится в правом печечном протоке.

Тип IIIb — окклюзия левого печеночного протока. *Тип IV* — поражение обоих печеночных протоков.

Механическая желтуха опухолевого генеза: локализация процесса

1. Опухоль головки поджелудочной железы	41 ,2%
2. Опухоль Фатерова сосочка	17 ,6%
3. Опухоли дистального отдела общего желчного протока	10 ,1%
4. Опухоли проксимальных отделов общего печеночного протока	12 ,2%
5. Опухоли желчного пузыря	13 ,5%
6. Метастатическое поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки с компрессией желчного протока	5 ,4%
ВСЕГО	100 %

Темы семинарских занятий

Причины возникновения доброкачественных стриктур желчных путей

- 1 . Ятрогенное повреждение желчных протоков при полостных операциях 82,9–9%.
- 2 . Травма желчных протоков при эндоскопических ретроградных вмешательствах 1–2%.
- 3 . Воспалительные изменения стенки протока, вызванные:
— конкрементами 2,9%;

— дренажными трубками 6,8%;

— вторичным вовлечением желчных протоков в воспалительный процесс < 1%.

4. Проникающие ранения и тупая травма живота 0,7–2,2%.

5. Редкие причины (*атеросклероз печеночных артерий, осложнение эндоскопического гемостаза при ЖКК, идиопатические стриктуры и др.*) < 1%.

Классификация высоких стриктур

(Гальперин Э.И., 1982)

- *Стриктура «3» (сегментарная стриктура)* стриктура распространяется на сегментарные протоки.

- *Стриктура «2» (долевая стриктура)* конfluence печеночных протоков разрушен.

- *Стриктура «1»* — сохранен свод конfluence печеночных протоков.

- *Стриктура 0 (бифуркационная стриктура)* — неповрежденная часть общего печеночного протока практически отсутствует (культия общего печеночного протока менее 1 см).

- *Стриктура «+1»* — длина неповрежденной части общего печеночного протока не менее 1 см (культия общего печеночного протока составляет 1–2 см).

- *Стриктура «+2»* — длина неповрежденной части общего печеночного протока более 2 см (культия общего печеночного протока составляет более 2 см).

-

Лечение рубцовых стриктур желчных путей

Хирургические вмешательства

- Восстановительные операции.
- Реконструктивные операции. *Малоинвазивные вмешательства*
- Антеградные чрескожные чреспеченочные манипуляции.

Методы эндоскопического лечения рубцовых стриктур желчных путей

1. Бужирование стриктур различными инструментами.
2. Дилатация области сужения при помощи балонных катетеров.
3. Этапное билиодуоденальное дренирование одним или несколькими протезами.
4. Сочетание нескольких методов.

Контрольные вопросы по теме семинара

1.Перечислите диагностические возможности эндоскопической ретроградной холангио-панкреатографии:

- а) осмотр большого дуоденального сосочка
- б) рентгенография желчевыводящих путей
- в) рентгенография протоковой системы поджелудочной железы
- г) осмотр желчного пузыря

Варианты ответов:

- 1) а, б
- 2) а, б, в
- 3) а, б, в, г
- 4) а, в, г

2. Как называется прижизненное окрашивание тканевых структур?

- а) флюороскопия
- б) хромоскопия
- в) холангиоскопия
- г) панкреатоскопия

Варианты ответов :

- 1) а
- 2) б
- 3) в
- 4) г

3. Назовите основные задачи эндоскопического исследования при остром желудочно-кишечном кровотечении:

- а) точная диагностика источника кровотечения
- б) определение характера (артериальное, венозное, капиллярное) и интенсивности кровотечения
- в) прогнозирование риска рецидива кровотечения
- г) определение возможности выполнения эндоскопического гемостаза
- д) выполнение биопсии для морфологического подтверждения диагноза

Варианты ответов:

- 1) а, б
- 2) а, в, г
- 3) а, в, д
- 4) а, б, в, г

4. Перечислите эндоскопические критерии риска рецидива язвенного кровотечения

- а) продолжающееся артериальное кровотечение в момент исследования
- б) крупные тромбированные сосуды в язвенном кратере
- в) язвенный дефект больших размеров и глубины
- г) локализация язвы в проекции крупных сосудов

Варианты ответов:

- 1) а
- 2) а,б
- 3) а, б,в
- 4) а, б, в,г

5. Назовите цели выполнения лапароскопии при диагностике перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

- а) провести дифференциальную диагностику между перфоративной язвой и другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;
- б) определить распространенность перитонита, размеры инфильтрата
- в) определить объем хирургического вмешательства и показания к минимально инвазивной (лапароскопической операции)

Варианты ответов:

- 1) а
- 2) а,б
- 3) а, б, в

6.Перечислите инъекционные методы эндоскопического гемостаза.

- а) адреналин
- б) алкоголь
- в) склерозанты
- г) ционакрилаты
- д) клипирование

Варианты ответов:

- 1) а, б
- 2) а, б, в
- 3)
- 4) а, б, д
- 5) а, б, в, г

7. Перечислите термические методы эндоскопического гемостаза.

- а) электрокоагуляция
- б) териокаутеризация
- в) лазерная фото-коагуляция
- г) органно-плазменная коагуляция
- д) лигирование

Варианты ответов:

- 1) а, б, в
- 2) а, д
- 3) б, в, г
- 4) а, б, в, г

8. Назовите противопоказания к эндоскопическим ретроградным вмешательствам

- а) крайне тяжелое общее состояние больного
- б) сложные анатомические условия не позволяющие безопасно выполнить эндоскопическое вмешательство (расположение сосочка в полости дивертикула, ранее перенесенная резекция желудка по Б-П с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру и др)
- в) выраженные нарушения свертывающей системы крови
- г) протяженный (тубулярный) стеноз дистального отдела желчного протока

Варианты ответов:

- 1) а

- 2) а, б
- 3) а, б, в
- 4) а, б, в, г

9. Укажите наиболее частую причину механической желтухи опухолевого генеза

- а) опухоль головки поджелудочной железы
- б) опухоль Фатерова сосочка
- в) опухоль дистального отдела общего желчного протока
- г) опухоль желчного пузыря

Варианты ответов:

- 1) а
- 2) б
- 3) в
- 4) г

10. Назовите наиболее частую причину острой блокады терминального отдела холедоха

- а) микрохоледохолитиаз и острый папиллит
- б) холедохолитиаз
- в) микрохоледохолитиаз и стеноз
- г) микрохоледохолитиаз и аденома БДС

Варианты ответов:

- 1. а
- 2. б
- 3. в
- 4. г

Рекомендуемая литература

1. Хирургические болезни. Учебник / Под ред. В.С. Савельева и А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — Т.1, с. 603.
2. Романов В.А. Эндоскопический атлас. — М.: Миклош, 1996.— с. 208
- 3 . 80 лекций по хирургии/ Под ред. акад. В.Савельева — М. Литтера. 2008

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиническая значимость изучаемой темы

В последние годы в структуре эндокринных заболеваний катастрофически быстро прогрессируют заболевания щитовидной железы, поражая 10-15% населения земного шара. Наряду с сахарным диабетом они являются наиболее частой эндокринной патологией.

Щитовидная железа в тесной связи с многими другими органами и системами определяет тончайшую регуляцию всех видов обмена и безукоризненно синхронные сложные реакции на изменения внутренней и внешней среды.

Казалось бы, что большинство болезней щитовидной железы должны лечить только терапевты и эндокринологи. Но, к сожалению, не все болезни щитовидной железы подвергаются бескровному лечению, и деятельности хирургов в этой главе медицины пока ещё весьма широко.

Вопросы для подготовки к занятию

- Анатомия щитовидной и паращитовидной железы;
- Гормоны щитовидной железы, регуляция функции щитовидной железы;
- Классификация заболеваний щитовидной железы;
- Тонкоигольная аспирационная биопсия: методика выполнения, показания;
- Узловой эутиреоидный зоб, перечень заболеваний, объединенных этим понятием;
- Показания к хирургическому лечению узлового коллоидного зоба;
- Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова) – определение, диагностика;
- Показания к хирургическому лечению диффузного токсического зоба;
- Методика тиреоидэктомии и гемитиреоидэктомии;
- Осложнения хирургического лечения зоба.

Курация больного с заболеванием щитовидной железы. Особенности курации больного с узловым эутиреоидным зобом

Темы семинарских занятий

Куратор докладывает жалобы, данные анамнеза заболевания и осмотра пациента. Производит пальпаторное обследование щитовидной железы. Пальпация служит для подтверждения и расширения данных, полученных в результате осмотра. Расслабление грудино-ключично-сосцевидной мышцы является существенным условием для того, чтобы исследование было успешным. Сгибание шеи или поворот подбородка слегка в сторону часто обеспечивает это расслабление. Иногда бывает целесообразным использовать сильное разгибание шеи вместо её сгибания; железа становится более выступающей и, таким образом, более доступной. Вначале область щитовидной железы пальпируют кончиками пальцев для подтверждения впечатления о размере, а также для оценки её консистенции и мягкости. Более четко границы выявляются в момент глотательных движений. Поэтому в процессе пальпации повторно просят больного сделать несколько глотательных движений. Удобно вести исследование большим пальцем, уложив остальные пальцы на боковую поверхность шеи или встав сбоку от больного.

Курация больного с диффузным токсическим зобом

Куратор докладывает жалобы, данные анамнеза, результаты осмотра и пальпации щитовидной железы. Производится анализ исследования гормонов щитовидной железы. Больной перед операцией прошёл подготовку в эндокринологическом отделении: цели и задачи данной подготовки. Тиреоидэктомия – операция выбора при диффузном токсическом зобе. Детально обсуждаются возможные осложнения в послеоперационном периоде: кровотечение, тиреотоксический криз, гипопаратиреоз, повреждение возвратного нерва. В заключение необходимо обсудить преимущества и недостатки хирургического лечения диффузного токсического зоба.

Теоретические вопросы по теме семинара

Классификация зоба (ВОЗ, 2001)

Степень	Характеристика
0	Зоба нет (размер доли не превышает размера дистальной фланги большого пальца обследуемого)

Темы семинарских занятий

I	Зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи (отсутствует видимое увеличение ЩЖ). Сюда же относятся узловые образования, которые не приводят к увеличению самой ЩЖ.
II	Зоб четко виден при нормальном положении шеи

Показаниями для выполнения ТАБ являются:

- все пальпируемые узлы ЩЖ более 1см;
- все узлы ЩЖ более 1см, случайно выявленные при УЗИ;
- все узлы ЩЖ менее 1см при наличии подозрительных УЗ-признаков узлового образования;
- все узлы ЩЖ при наличии анамнестических, клинических и лабораторных данных о высокой вероятности рака ЩЖ.

Физикальные признаки, повышающие вероятность наличия рака ЩЖ:

- плотный узел ЩЖ
- быстрорастущий узел ЩЖ (прогрессивный рост узла в течение периода наблюдения в 6- 12 месяцев);
- узел ЩЖ, фиксированный к соседним анатомическим структурам;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- узел ЩЖ, сочетающийся, с параличом голосовой складки;
- другие симптомы инвазивного роста опухоли в соседние анатомические структуры шеи (дисфагия, дисфония, и т.д.)

Признаки злокачественности определяемые при УЗИ:

- гипоехогенный узел с нечетными контурами
- наличие микрокальцинатов
- выраженный интранодулярный кровоток

Показаниями к хирургическому лечению узлового коллоидного зоба являются:

- узловой коллоидный зоб с формированием функциональной автономии, проявляющейся тиреотоксикозом;
- узловой коллоидный зоб с объективными компрессионными признаками
- узловой коллоидный зоб с косметическим дефектом

Классификация тяжести тиреотоксикоза

Темы семинарских занятий

1 ст. легкое течение	пульс 100 ударов в минуту потеря веса 3-5кг.
2ст. средней тяжести минуту	пульс 100-120 ударов в минуту потеря веса 8-10кг.
3ст. тяжелое течение резкое похудение	пульс 120-140 и более,

При обнаружении пониженной концентрации ТТГ пациенту определяют концентрацию свободного тироксина (T_4) и свободного трийодтиронина (T_3): если хотя бы один из них повышен - речь идет о манифестном тиреотоксикозе, если оба показателя в норме - о субклиническом.

Эндокринная офтальмопатия

Стадия	Клинические проявления
I	Припухлость век, ощущение «песка в глазах», слезотечение, отсутствие диплопии
II	Диплопия, ограничение отведения глаз
III	Неполное закрытие глазной щели, изъязвление роговицы, стойкая диплопия, атрофия зрительного нерва
Фазы	- активная - неактивная

Абсолютные показатели к хирургическому лечению болезни Грейвса

1. Пациенты с БГ и с подозрительными или злокачественными узлами ЩЖ, обнаруженными при ТАБ. По некоторым данным, 10-20% узлов у пациентов с БГ оказываются раком ЩЖ.
2. Беременные плохо поддающиеся тиреостатической терапии или у которых, развиваются серьёзные аллергические реакции на медикаментозное лечение. Операции обычно выполняют в течение II триместра беременности

Темы семинарских занятий

3. Пациенты, планирующие беременность, вскоре после лечения, так как большинство врачей не рекомендуют беременность, по крайней мере, в течение 1 года после радиойодтерапии
4. Больные с компрессионными симптомами. Указанные симптомы обычно не проходят после лечения радиоактивным йодом
5. Больные с «радиофобией»

Относительные показания к оперативному лечению болезни Грейвса

1. Необходимость быстрой ликвидации тиреотоксикоза. После проведения радиойодтерапии отмечается латентный период от 6 недель до 6 месяцев, в течение которого больные получают медикаментозную тиреостатическую терапию, тогда как оперативное лечение приводит к быстрому выздоровлению.
2. Тяжелое течение офтальмопатии. Тиреоидэктомия стабилизирует или уменьшает проявление офтальмопатии, тогда как, радиоактивный йод имеет тенденцию усугублять ее течение (если проводимое лечение не сочетается с назначением кортикостероидов).
3. Значительное увеличение ЩЖ (более 100мг) с относительно низким поглощением радиоактивного йода.

Осложнения при хирургическом лечении зоба

Б.В. Петровский, В.С. Семенов

1. Специфические осложнения (поражение гортанных нервов, кровотечение во время и после операции, тиреотоксический криз, гипопаратиреоз)
2. Осложнения характерные для операции на шее (спадение и повреждение трахеи с развитием асфиксии, повреждение пищевода, травма шейного сплетения, воздушная эмболия, пневмоторакс)
3. Осложнения наблюдаемые при всех операциях (пневмония, острый бронхит, нагноение раны и т.п.)

Контрольные вопросы по теме семинара

1. Укажите артерии, кровоснабжающие щитовидную железу

- а) верхние щитовидные артерии
- б) средние щитовидные артерии
- в) нижние щитовидные артерии

г) непарная артерия

Варианты ответов:

1. а
2. а, б, в, г
3. а, в, г
4. а, в

2.Перечислите функции йодированных гормонов щитовидной железы

- а) стимулируют тканевое дыхание
- б) стимулируют все окислительные реакции организма
- в) участвуют в обмене кальция
- г) повышают активность ферментных систем
- д) влияют на белковый, жировой, углеводный обмен

Варианты ответов:

1. а, б, в
2. а, г, д
3. а, б, г, д
4. а, б, в, г, д

3. Перечислите показания для выполнения ТАБ

- а) все пальпируемые узлы ЩЖ более 1см
- б) все узлы ЩЖ более 1см, случайно выявленные при УЗИ
- в) все узлы ЩЖ менее 1см при наличии подозрительных ультразвуковых признаков узлового образования
- г) все узлы ЩЖ при наличии анамнестических, клинических и лабораторных данных о высокой вероятности наличия рака ЩЖ

Варианты ответов:

1. а
2. а, б
3. а, б, в
4. а, б, в, г

4. Перечислите показания к хирургическому лечению узлового коллоидного зоба

- а) множественные коллоидные узлы щитовидной железы
- б) быстро растущий коллоидный узел щитовидной железы
- в) узловой коллоидный зоб с формированием функциональной автономии, проявляющейся тиреотоксикозом
- г) узловой коллоидный зоб с объективными компрессионными признаками
- д) узловой коллоидный зоб с косметическим дефектом

Варианты ответов:

- 1) а,б,в
- 2) б,в,д
- 3) в,г,д
- 4) а,б,в,г,д

5. Перечислите ультразвуковые признаки злокачественности узла щитовидной железы

- а) гипоехогенный узел с нечеткими контурами
- б) наличие микрокальцинатов
- в) выраженный **интранодулярный** кровоток
- г) наличие кисты

Варианты ответов:

- 1. а,б
- 2. а,б,в
- 3. а,в,г
- 4. а,б,в,г

6. Является ли эндокринная офтальмопатия обязательным симптомом диффузного токсического зоба?

- а) да
- б) нет

Варианты ответов:

- 1. а
- 2. б

7. Какие компоненты включает Базедова триада?

- а) экзофтальм
- б) тахикардия
- в) зоб
- г) похудение

Варианты ответов:

- 1 . а, б
- 2 . б, в, г
- 3 . а, б, в
- 4 . а, б, в, г

8. Перечислите специфические осложнения хирургического лечения зоба.

- а) поражение гортанных нервов
- б) пневмоторокс
- в) кровотечение во время и после операции
- г) тиреотоксический криз
- д) гипопаратиреоз

Варианты ответов :

- 1. а, б, д
- 2 . а, в, г, д
- 3 . в, г, д
- 4 . б, в, г, д

9. Назовите операцию, являющуюся оптимальной при диффузном токсическом зобе.

- а) тиреоидэктомия
- б) гемитиреоидэктомия
- в) субтотальная тиреоидэктомия

Варианты ответов:

- 1) а
- 2) а, в
- 3) б

10.Перечислите клинические признаки гипопаратиреоидного криза.

- а) парастезии
- б) затруднение дыхания
- в) тахикардия
- г) гипотония
- д) судороги

Варианты ответов:

- 1) а, б, в
- 2) б, в, г
- 3) а, б, д
- 4) а, б, в, д

Рекомендуемая литература

- 1. Хирургические болезни. Т-2 под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. 2005г. Москва «ГЭОТАР-Медиа», с397
- 2. «Хирургия органов эндокринной системы» под редакцией М.Ф. Заривчацкого, О.П. Богатырева, Пермь-Москва, 2002г,229с.
- 3. «Эндокринная хирургия» под редакцией Дедова И.И., Кузнецова А.С., Мельниченко Т.А. Москва «Литтерра», 2011г, 338с.

ГЕМОРРОЙ

Клиническая значимость изучаемой темы

Геморрой — одно из самых распространенных заболеваний человека. Этот термин встречается, начиная с трудов Гиппократ, и в переводе с греческого означает кровотечение, отражая лишь самый яркий признак заболевания. С современных нозологических позиций к геморрою относят все разнообразные патологические изменения геморроидальных узлов (кровотечение, выпадение внутренних узлов, тромбоз и набухание наружных узлов, их некроз и гнойное расплавление, мацерация с зудом).

Геморроем страдают более 10% взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки достигает 40%.

Вопросы для подготовки к занятию

- Клиническая картина различных форм геморроя.
- Методы клинического и инструментального обследования больных геморроем.
- Дифференциальная диагностика заболеваний прямой кишки.
- Вопросы хирургической тактики при геморрое.
- Вопросы реабилитации оперированных больных.

Особенности курации больных с геморроем

В ходе курации следует отметить жалобы, данные анамнеза заболевания, особо акцентируя внимание на наличие у пациента осложнений в анамнезе, а также данные физикального обследования больного. Следует обратить внимание на то, что аналогичные жалобы встречаются при различных заболеваниях прямой кишки, и в частности при раке прямой кишки. При проведении и пальцевого исследования прямой кишки оценивается состояние перианальной кожи, определяется величина и форма наружных геморроидальных узлов.

Обращается внимание на наличие на стенках анального канала подвижных, мягких образований, иногда кровоточащих в момент осмотра.

Составляется план обследования больного на догоспитальном этапе, обосновываются показания к операции у курируемого больного. Формулируется схема предоперационной подготовки и принципы оперативного вмешательства у обсуждаемого больного. Обсуждаются ключевые моменты послеоперационного периода.

Теоретические вопросы по теме семинара

Клиническая классификация геморроя по этиологии

- первичный (геморроидальные узлы увеличиваются как самостоятельное заболевание) ;
- вторичный (геморроидальные узлы возникают как вторичный симптом другого страдания).

По локализации узлов

- наружный (ниже переходной складки) ; • внутренний (выше переходной складки) ; • смешанный.

По степени выпадения узлов

1 - кровотечение без выпадения узлов

2 –выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал кровотечение

3 –выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал кровотечение

4А-постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал с визуализированной зубчатой линией кровотечение

4В-постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал с визуальным отсутствием зубчатой линии кровотечение

Осложнения острого геморроя

- ректальное кровотечение, хроническая анемизация;
- выпадение, состояние невосприимчивости, трофические изменения выпавших геморроидальных узлов;
- анальный зуд, мацерация перианальной области.

Особенности клинической картины геморроя в зависимости от характера течения

Острый приступ или геморроидальный криз (тромбоз геморроидальных узлов):

- внезапное возникновение после нагрузки, погрешности в диете;
- резкий болевой синдром;
- быстрое образование узлов и ущемление узлов в заднепроходном канале;
- развитие тромбоза узлов вплоть до развития изъязвления, некроза и парапроктита.

Хронический геморрой:

- длительный продромальный период;
- отсутствие болевого синдрома;
- поражение внутренних геморроидальных узлов, выпадение, невосприимчивость;
- кровотечение различной степени тяжести.

Методы обследования при геморрое

- осмотр области заднего прохода;
- пальцевое исследование прямой кишки; • anoscopy;
- ректороманоскопия (противопоказана при остром тромбозе).

Консервативная терапия острого геморроя

- щадящая диета (исключение острой, соленой, шлакособдерживающей пищи, алкоголя);
- регуляция стула (масляные слабительные, форлакс);
- венотоники (детралекс, троксевазин);
- противовоспалительная терапия (мази противовоспалительные, — ультрапрокт, проктогливенол, антикоагулянты);
- адекватное обезболивание, в том числе параректальные блокады.

Принципы хирургической тактики

Показания к хирургическому лечению хронического геморроя:

- хронический геморрой, осложненный рецидивирующими кровотечениями с анемизацией больного;
- хронический геморрой, осложненный выпадением узлов;

- частые обострения хронического геморроя.

Выбор метода оперативного лечения:

- *склерозирующая* терапия проводится в начальных стадиях геморроя с преобладанием симптомов кровотечения;
- *лигирование* латексными кольцами проводится в ранних стадиях геморроя, в которых основным симптомом является выпадение геморроидальных узлов;
- при 3 степени выпадения геморроидальных узлов и отсутствии четких границ между ними и выпадающей слизистой оболочкой показана *хирургическая геморроидэктомия* (Милигана-Моргана в модификации НИИ колопроктологии);
- *дезартеризация геморроидальных артерий* под контролем доплерографии как современный альтернативный малоинвазивный метод лечения геморроя.

Способы оперативного лечения

- лигирование геморроидальных узлов (впервые Salmon, лигирование латексными кольцами — операция Лонго);
- иссечение геморроидальных узлов (операция Милигана-Моргана в модификации НИИ колопроктологии);
- аппаратное лигирование геморроидальных узлов (операция Уайтхеда);
- дезартеризация геморроидальных артерий под контролем доплерографии.

Принципы **послеоперационного ведения** больных, перенесших геморроидэктомию:

- стол — 0 (в течение 3 суток), затем переход на 2 стол;
- постельный режим в течение 3 дней;
- стимуляция пассажа по ЖКТ с 4суток до нормализации стула;
- сидячие ванночки с растворами антисептиков, противовоспалительные мази;
- адекватное обезболивание.

Контрольные вопросы по теме семинара

- 1. Отметьте наиболее частые этиологические факторы острого тромбоза геморроидальных узлов:** а) локальная гипотермия;
б) алкоголь;
в) кишечная флора;
г) травма заднего прохода;
д) чрезмерная физическая нагрузка.

Варианты ответов:

- 1) а, б, д;
2) а, в, г;
3) в, г, д;
4) все перечисленные.

- 2. У больных хроническим геморроем применяют все методы обследования, кроме:**
а) пальцевое исследование прямой кишки;
б) ректороманоскопия;
в) ЭГДС;
г) УЗИ брюшной полости;
д) исследование крови на маркеры гепатитов В и С.

Варианты ответов:

- 1) а;
2) б; 3) в;
4) г;
5) д.

- 3. Выберите методы исследования для больного с острым геморроем:**
а) осмотр перианальной области;
б) общий анализ крови и мочи;
в) ректороманоскопия;

- г) пальцевое исследование прямой кишки;
- д) колоноскопия.

Варианты ответов:

- 1) а, в, г;
- 2) а, б, г;
- 3) в, г, д;
- 4) все перечисленное.

4. Выберите два основных показания к операции при хроническом геморрое:

- а) выпадение узлов при дефекации;
- б) сосуществующая анальная трещина;
- в) ректальные кровотечения;
- г) анальный зуд.

Варианты ответов:

- 1) а, б;
- 2) б, в;
- 3) в, г.

5. Что из нижеперечисленного не является показанием к геморроидэктомии?

- а) хронический геморрой, осложненный перенесенным кровотечением;
- б) хронический геморрой, выявленный при плановой диспансеризации;
- в) хронический геморрой, осложненный выпадением внутренних узлов;
- г) хронический геморрой, осложненный частыми тромбозами поверхностных узлов.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б;
- 3) в;
- 4) г;
- 5) все перечисленное.

6. Поставлен диагноз острого тромбоза геморроидальных узлов. Ваша тактика?

- а) консервативная (теплые ванночки, троксевазин);
- б) хирургическая (операция Милигана-Моргана);
- в) склеротерапия.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б;
- 3) в;
- 4) а, в.

7. Какое из нижеперечисленных лечебных мероприятий не является компонентом консервативной терапии при остром тромбозе геморроидальных узлов:

- а) противовоспалительная терапия;
- б) разрешение явлений тромбофлебита в наружных геморроидальных узлах;
- в) адекватное обезболивание (общее и местное) ;
- г) солевые слабительные.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б;
- 3) в;
- 4) г.

8. Выберите вариант наиболее радикального лечения у больного с хроническим геморроем 3 стадии, осложненного частыми (до 2 раз в неделю) ректальными кровотечениями:

- а) консервативная (теплые ванночки, троксевазин);
- б) хирургическая (операция Уайтхэда);
- в) хирургическая (операция Лонга);
- г) хирургическая (операция Милигана-Моргана).

Варианты ответов:

- 1) а;

2) б;

3) в;

4) г.

9. Выберите правильное утверждение в отношении использования склеротерапии у пациентов с хроническим геморроем:

а) показано только у пациентов с выпадением геморроидальных узлов;

б) у больных с геморроидальным кровотечением;

в) при остром тромбозе геморроидальных узлов;

г) используется для лечения наружного геморроя.

Варианты ответов:

1) а;

2) б;

3) в;

4) г.

10. Вторичное увеличение геморроидальных узлов встречается при следующих заболеваниях: а) цирроз печени;

б) синдром Бадда-Киари;

в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;

г) миома матки;

д) атрезия воротной вены. **Варианты**

ответов:

1) а, б, г;

2) а, б, д;

3) б, д;

4) б, г, д.

Рекомендуемая литература

1. Филипс К.С. Колоректальная хирургия / Под ред. Г.И. Воробьева. — М., 2009.
2. Ривкин В.Л. Практическая колоректальная хирургия. — 2006.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. — 2002.
4. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры. — 2000.

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ

Клиническая значимость изучаемой темы

Парапроктит — воспаление околопрямокишечной клетчатки — весьма распространенное заболевание прямой кишки. Мужчины болеют парапроктитом чаще, чем женщины: по различным данным это соотношение составляет 7:3. Частота статистической встречаемости этого заболевания среди практически здоровых людей до 0,5%, среди лиц трудоспособного населения — от 6,1 до 22,4%, а среди пациентов с патологией прямой кишки достигает 15,1%. После обычного вскрытия гнойника при остром парапроктите без ликвидации его внутреннего отверстия более, чем у половины в последующем формируется свищ прямой кишки. Среди оперированных по поводу хронического парапроктита доля рецидивов достигает 15–30%, а недостаточность анального жома после операций отмечается у 4,9–33% пациентов.

Вопросы для подготовки к занятию

- Клиническая картина различных форм острого и хронического парапроктита.
- Методы диагностики и дифференциальной диагностики больных с парапроктитом.
- Хирургическая тактика при остром и хроническом парапроктите.
- Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с парапроктитом.

Особенности курации больного парапроктитом

Необходимо выявить жалобы и данные анамнеза заболевания, акцентируя внимание на характере предшествующего лечения, частоту и

выраженность обострений, характер и количество выделений из свищевого хода и прямой кишки.

Формулируется предварительный диагноз и намечается план обследования. Определяется внутреннее отверстие свища, выполняется зондовая проба и проба с контрастным веществом. Тем самым выясняется соотношение свищевого хода и сфинктера. Проводится дифференциальный диагноз с эпителиальным копчиковым ходом, каудальными тератомами, хроническим остеомиелитом, актиномикозом, свищевой формой пиодермии промежности. Формулируется окончательный диагноз. Обосновываются показания и выбор метода операции. Намечается план ведения больного после операции.

Теоретические вопросы по теме семинара

Клиническая классификация острого парапроктита

По локализации воспалительного процесса:

- подкожно-подслизистый;
- седалищно-прямокишечный;
- тазово-прямокишечный;
- позади-прямокишечный.

По характеру микрофлоры:

- неспецифический (стафилококки в сочетании с кишечной палочкой);
- специфический (туберкулез, сифилис, актиномикоз).

Особенности клинической картины острого парапроктита:

1. Общие проявления в виде озноба, гипертермии, сдвига лейкоцитарной формулы влево.
2. Внезапное возникновение резкого болевого синдрома в анусе.
3. Изменения перианальной области: отек, инфильтрация, выделение гноя из свища.
4. Нарушение дефекации.
5. Дизурия.

Классификация хронического парапроктита:

По наличию наружного отверстия на коже:

- полный;
- неполный.

По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера:

- интрасфинктерный;
- трансфинктерный;
- экстрасфинктерный.

По расположению отверстия свища:

- передний;
- задний;
- боковой.

Диагностическая программа при парапроктите:

- осмотр кожи промежности;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- зондирование свища;
- ректороманоскопия;
- аноскопия;
- фистулография;
- проба с метиленовым синим.

Принципы хирургической тактики при остром и хроническом парапроктите:

В стадии *воспалительного инфильтрата* проводится консервативное лечение, направленное на купирование воспалительных изменений в перианальной области.

При переходе процесса в стадию *абсцедирования* показано хирургическое вмешательство — вскрытие и дренирование гнойной полости.

Исходом вскрытия острого парапроктита может быть:

- 1) выздоровление,
- 2) формирование хронического свища прямой кишки, 3) рецидивирующее течение воспалительного процесса.

Хроническое и рецидивирующее течение параректального свища является показанием к *плановой операции*, объем которой определяется анатомическим расположением свищевого хода по отношению к анальному жому:

- интрасфинктерный — иссечение свища прямой кишки в просвет (операция Габриэля),
- трансфинктерный — иссечение свища прямой кишки с ушиванием волокон наружного сфинктера,
- экстрасфинктерный — иссечение свища с проведением лигатуры или пластикой внутреннего отверстия.

Контрольные вопросы по теме семинара

1. Назовите основные причины развития острого парапроктита:

- а) переохлаждение;
- б) алкоголь;
- в) гиперлипидемия 2 и 3 типа по Фредериксону;
- г) травма заднего прохода;
- д) чрезмерная физическая нагрузка.

Варианты ответов:

- 1) а, б, д;
- 2) а, в, г;
- 3) в, г, д;
- 4) все перечисленные.

2. Классификация свищей прямой кишки проводится по:

- а) наличием наружного отверстия на коже;
- б) по отношению свища к волокнам сфинктера;

- в) расположению наружного отверстия свища;
- г) расположению внутреннего отверстия свища;
- д) отношению свища к фасции Деннонвиллье.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в;
- 2) а, г, д;
- 3) а, б, г;
- 4) все ответы правильные.

3. Назовите методы диагностики хронического парапроктита:

- а) осмотр кожи промежности;
- б) пальцевое исследование прямой кишки;
- в) зондирование свища;
- г) ректороманоскопия;
- д) аноскопия;
- е) фистулография;
- ж) проба с метиленовым синим.

Варианты ответов:

- 1) а, б, в;
- 2) а, г, д;
- 3) а, б, ж;
- 4) а, г, д;
- 5) все ответы правильные.

4. Укажите лечебную тактику при остром парапроктите в стадии абсцедирования:

- а) обезболивание, антибиотики;
- б) обезболивание, инфузионная терапия;
- в) экстренная операция — вскрытие гнойника;
- г) плановая операция — радикальное иссечение свища;
- д) инфузионная терапия и антибиотики.

Варианты ответов:

- 1) а;

- 2) б; 3) в;
- 4) г;
- 5) д.

5. Назовите заболевания, с которыми следует дифференцировать острый парапроктит:

- а) фурункул промежности;
- б) парааппендикулярный абсцесс;
- в) острый параметрит;
- г) острый бартолитит;
- д) остеомиелит костей таза;
- е) абсцесс простаты.

Варианты ответов:

- 1) а, в;
- 2) в, д;
- 3) в, е; 4) а, д;
- 5) все ответы правильные.

6. Выберите утверждение, наиболее точно определяющее цель хирургического вмешательства при хроническом парапроктите во всех случаях:

- а) надсечение внутреннего анального жома для устранения спазма;
- б) ликвидация внутреннего свищевого отверстия;
- в) вскрытие и санация возможных затеков в параректальной клетчатке;
- г) низведение слизистой ниже внутреннего свищевого отверстия.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б; 3) в; 4) г.

7. Назовите тактически правильные решения хирургического лечения

- а) интрасфинктерный свищиссечение в просвет;

- б) трансфинктерный — иссечение свища ушиванием наружного сфинктера;
- в) трансфинктерный — проведение латексовой лигатуры;
- г) экстрасфинктерный — метод «высоких клизм» ;
- д) экстрасфинктерный — иссечение свища с проведением лигатуры.

Варианты ответов:

- 1) а, в, г;
- 2) б, в, г;
- 3) в, г, д;
- 4) а, б, д;
- 5) все ответы правильные.

8. Каким веществом принято прокрашивать свищевой ход в параректальной клетчатке непосредственно перед хирургическим операцией Габриэля?

- а) биологическими красителями пиридоксинового ряда;
- б) азур эозином;
- в) метиленовым синим;
- г) спиртовой настойкой йода.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б; 3) в; 4) г.

9. Иссечение свища с проведением лигатуры показано больным, страдающим:

- а) острым подкожно-подслизистым парапроктитом;
- б) наиболее сложной (4 ст. сложности) формой экстрасфинктерных свищей прямой кишки;
- в) интрасфинктерным свищем прямой кишки;
- г) интрасфинктерным свищем прямой кишки с затеками в ишиоректальную ямку.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б; 3) в; 4) г.

10 . Развитие какого из нижеперечисленных осложнений не характерно после операции Габриэля?

- а) потеря чувствительности перианальной кожи;
- б) стриктура анального канала;
- в) различные степени недержания анального жома;
- г) развитие кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Варианты ответов:

- 1) а;
- 2) б; 3) в; 4) г.

Рекомендуемая литература

- 1 . Кузин М.И. Хирургические болезни. — М.: Медицина, 2002.
- 2 . Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология. — М., 1994.
- 3 . Клиническая хирургия / Под ред. проф. Ю.М. Панцырева. — М.: Медицина, 1988.

Учебное издание

Составители

МАРИЙКО Владимир Алексеевич
НИКИТЧЕНКО Владимир Владимирович
ГАВРИЛОВ Владимир Викторович
ВОЛКОВ Виктор Викторович
ПОПОВА Елена Сергеевна

СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ К ПРАКТИЧЕСКИМ
ЗАНЯТИЯМ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Для студентов V курса

Авторское редактирование

Изд. лиц.ЛР №020300 от 12.02.97. Подписано в печать 27.10.15.
Формат бумаги 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Усл. печ. л.6, 9. Уд.-изд.л.6,0
Тираж 100 экз. Заказ 168.

Отпечатано в Издательстве ТулГУ
300012, г. Тула, просп.Ленина, 95